

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN NY M.N DENGAN
KERUSAKAN MEMORI AKIBAT DEMENSIA PRE SENILIS
DI KELURAHAN FATULULI, KECAMATAN OEBOBO
KOTA KUPANG**



OLEH
NAMA : ANITA TIAUW
NIM : PO.530320116287

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN JURUSAN
KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA
MANUSIA KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK
INDONESIA
2019**

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN NY M.N DENGAN KERUSAKAN MEMORI AKIBAT DEMENSIA PRE SENILIS DI KELURAHAN FATULULI, KECAMATAN OEBOBO KOTA KUPANG

Karya Tulis Ilmiah ini Di Susun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Pada Program
Studi D-III Keperawatan Kemenkes Kupang



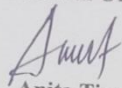
OLEH
NAMA : ANITA TIAUW
NIM : PO.530320116287

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN JURUSAN
KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA
MANUSIA KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK
INDONESIA
2019**

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Studi Kasus oleh Anita Tiauw, NIM: PO. 530320116287
dengan judul ASUHAN KEPERAWATAN NY M.N DENGAN
KERUSAKAN MEMORI AKIBAT DEMENSIA PRE SENILIS
DI KELURAHAN FATULULI, KECAMATAN OEBOBO
KOTA KUPANG

Di susun Oleh :

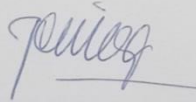


Anita Tiauw

NIM: PO. 530320116287

Telah Di Setujui Untuk Di Seminarkan Di Depan Dewan Penguji
Prodi D-III Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Pada Tanggal 10 Juni 2019

Pembimbing

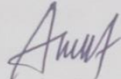


Dr. Sabina Gero, Skp., MSc
NIP. 195608291985022001

LEMBAR PENGESAHAN

ASUHAN KEPERAWATAN NY M.N DENGAN
KERUSAKAN MEMORI AKIBAT DEMENSIA PRE SENILIS
DI KELURAHAN FATULULI, KECAMATAN OBOBO
KOTA KUPANG

Di susun Oleh :



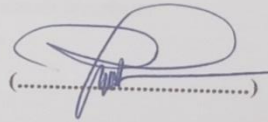
Anita Tiauw

NIM: PO.530320116287

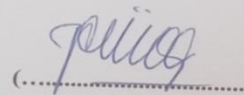
Telah Diuji Pada Tanggal, 11 Juni 2019


Dewan Penguji

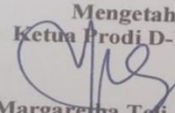
Penguji I : Sebastianus Banggut, SST.,M.Pd
NIP.095703231981031002


(.....)

Penguji II : Dr. Sabina Gero, SKp.,MSc
NIP. 195608291985022001


(.....)


Mengesahkan
Ketua Jurusan Keperawatan
Dr. Florentianus Tat, SKp, M. Kes
NIP. 196911281993031005

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan

Margaretha Teli, S.Kep.Ns., MSc-PH
NIP. 197707272000032002

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Anita Tiauw

NIM : PO.530320116287

Program Studi : D-III Keperawatan

Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Studi Kasus yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

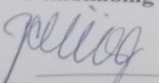
Kupang, 11 Juni 2019
Pembuat Pernyataan

Anita Tiauw
NIM PO.530320116287



Mengetahui

Pembimbing



Dr. Sabina Gero, Skp., MSc
NIP:195608291985022001

BIODATA PENULIS

Nama Lengkap : Anita Tiauw

Tempat tanggal lahir : Dilli, 08 April 1998

Jenis kelamin : Perempuan

Alamat : Liliba

Riwayat Pendidikan :

1. Tamat SDK Lolotuara 2010
2. Tamat SMP Negeri 1 Lemola 2013
3. Tamat SMK Pamahanu Nusa Masohi (Keperawatan) 2016
4. Sejak tahun 2016 kuliah di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

MOTTO

“Seorang Pemenang Takkan Pernah Berhenti Berusaha Dan Orang yang Berhenti Untuk Berusaha Takkan Menjadi Seorang Pemenang ”

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan bimbingan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan studi kasus dengan Judul "*Asuhan Keperawatan Klien dengan Kerusakan Memori Akibat Demensia Pre Senilis Di Kota Kupang.*" Penulis menyadari bahwa selama penulisan Studi Kasus ini penulis banyak mendapatkan dukungan dan bimbingan, dan tidak lepas dari bantuan tenaga pikiran dan dukungan moril.

Oleh karena itu penulis menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada. Ibu Dr. Sabina Gero, Skp., MSc selaku pembimbing yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian telah membimbing penulis dengan totalitasnya sehingga Studi Kasus ini dapat terselesaikan dengan baik. Bapak Sebastianus Banggut, SST. M. Pd. Selaku penguji yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk menguji penulis dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.

Penulis juga berterima kasih kepada pihak-pihak yang lain yang telah memberikan kesempatan, motivasi, doa, waktu dan tenaga bagi penulis dalam menyelesaikan studi kasus ini.

1. Ibu R.H. Kristina, SKM, M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
2. Bapak Dr. Florentianus Tat, SKp, M. Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan izin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
3. Ibu Margaretha Teli, S.Kep.,Ns.,MSc-PH selaku Ketua Kaprodi D-III Keperawatan
4. Seluruh staf dosen dan karyawan Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.

5. Bapak Thomas Laga Boro S.Kep.,Ns,M.Kes, selaku Pembimbing Klinik/CI yang telah membantu dan membimbing penulis dalam proses pelaksanaan Studi Kasus ini.
6. Ibu Yuliana Dafroyati, S.Kep., NS, MSc. Selaku dosen pembimbing akademik selama tiga tahun yang telah memberikan motivasi bagi penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
7. Bapa, Mama dan oma tercinta yang telah membesarkan dan mendidik dan selalu memberikan dukungan baik dalam bentuk tenaga, materi, doa serta motivasi bagi penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini
8. Teman terbaik Irwan Soares yang telah memberikan waktu, tenaga, serta motivasi bagi penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini
9. Sahabat terdekat Maya, Helmi, Aty, Yheni, Narto, Vendi, Ramon, Renol, Ezar, Rivaldi, Leo, Musa, Renti, yang telah membantu dan memberikan dukungan untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
10. Teman-teman angkatan 25 terkhususnya tingkat III Reguler B Mes Que Un Clase yang selalu memberikan saran, dukungan dan semangat buat penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa Studi Kasus ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan agar dapat di gunakan penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini selanjutnya

Kupang, 10 Juni 2019

Penulis

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN NY M.N DENGAN KERUSAKAN MEMORI AKIBAT DEMENSIA PRE SENILIS DI KELURAHAN FATULULI KECAMATAN OEBOBO

NAMA : ANITA TIAUW

NIM : PO530320116287

Gangguan memori adalah kondisi di mana otak memiliki kesulitan untuk menyimpan, mengendalikan, dan mengingat kembali informasi yang telah lampau. Memori memiliki arti penting yang lain, kontroversi di antara para psikolog dewasa ini mengenai keakuratan memori menunjukkan bahwa memori memiliki tempat khusus, lebih dari sekedar fiksi.

Tujuan Karya Tulis Ilmiah ini untuk mengetahui penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan menggunakan metode pendekatan mulai dari pengkajian keperawatan sampai dengan evaluasi keperawatan

Hasil karya tulis ilmiah ini pada Ny M.N selama 2 hari telah dilakukan secara baik dengan menggunakan metode pendekatan proses asuhan keperawatan, namun ditemukan berbagai kesenjangan diantaranya pada tahapan diagnosa keperawatan dalam teori terdapat 3 diagnosa yaitu kerusakan memori sebagai core problem, kemunduran daya ingat pada lansia sebagai causa dan gangguan disorientasi sebagai affect. Namun pada fakta lapangan terdapat 2 diagnosa keperawatan temuan baru yaitu kerusakan memori dan gangguan disorientasi

Kesimpulannya bahwa dalam pemberian asuhan keperawatan pasien dengan kerusakan memori tidak selamanya diagnosa keperawatan yang ditemukan sesuai dengan teori, namun bisa ditegakan diagnosa keperawatan baru sesuai dengan data dukung yang ditemukan pada saat pengkajian, pada perencanaan keperawatan disesuaikan dengan teori dan pada pelaksanaan disesuaikan dengan situasi dan kondisi pada Ny.M.N di Kelurahan Fatululi Kecamatan Oebobo

Kata kunci : Karya Tulis Ilmiah, Asuhan Keperawatan kerusakan memori

DAFTAR LAMPIRAN

No	Judul	Hal
Lampiran 1	: Format Pengkajian Asuhan Keperawatan Jiwa.....	44
Lampiran II	: Foto Kegiatan Wawancara Dengan Pasien di Rumah.....	69
Lampiran III	: Lembar Konsultasi.....	71

DAFTAR TABEL

No	Judul	Hal
Tabel 2.2	Rencana Keperawatan.....	15
Tabel 3.1	Analisis Data.....	24
Tabel 3.2	Rencana Keperawatan.....	27
Tabel 3.3	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	30

DAFTAR GAMBAR

No	Judul	Hal
	Gambar 2.1 Pohon Masalah Kerusakan Memori.....	14
	Gambar 3.1 Pohon Masalah Kerusakan Memori.....	26

DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Lembar Persetujuan.....	i
Lembar Pengesahan	ii
Pernyataan Keaslian Tulisan	iii
Biodata Penulis	iv
Kata Pengantar	v
Daftar lampiran.....	vii
Daftar Tabel	viii
Daftar Gambar.....	ix
Daftar Isi	x
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Tujuan	3
1.3 Manfaat	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Konsep Dasar kerusakan memori dan demensia pre senilis	5
2.2 Konsep Dasar Asuhan keperawatan Demensia Pre senilis ..	11
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	19
3.1 Hasil Studi Kasus	19
3.2 Pembahasan.....	34
3.3 Keterbatasan Studi Kasus.....	38
BAB 4 PENUTUP	40
4.1 Kesimpulan	40
4.2 Saran	41
DAFTAR PUSTAKA.....	43
LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

1.1.Latar Belakang

Menurut WHO (World Health Organization), masalah gangguan jiwa di dunia ini sudah menjadi masalah yang semakin serius. Berdasarkan data statistik pasien gangguan jiwa sangat mengkhawatirkan dimana satu dari empat orang di dunia ini mengalami gangguan jiwa. WHO memperkirakan ada sekitar 450 juta orang di dunia ini ditemukan mengalami gangguan jiwa. Berdasarkan Undang Undang No. 18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa, kesehatan jiwa adalah suatu kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja, secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi pada komunitasnya

Gangguan memori adalah kondisi di mana otak memiliki kesulitan untuk menyimpan, mengendalikan, dan mengingat kembali informasi yang telah lampau. Memori memiliki arti penting yang lain, kontroversi di antara para psikolog dewasa ini mengenai keakuratan memori menunjukkan bahwa memori memiliki tempat khusus, lebih dari sekedar fiksi. Memori adalah sesuatu yang benar - benar terjadi, sehingga memiliki nilai yang luar biasa bagi setiap orang. Memori mampu merajut masa lalu menuju masa kini, memori dapat berubah, beralih, dengan setiap pemikiran yang kita pikirkan atau yang kita ucapkan.

Demensia pre senilis merupakan demensia yang dapat terjadi pada golongan umur yang lebih muda (onset dini) yaitu umur 40-60 tahun dan dapat disebabkan oleh berbagai kondisi medis yang dapat mempengaruhi fungsi jaringan otak (penyakit degeneratif pada sistem saraf pusat).

Demensia adalah sebuah sindrom karena penyakit otak, bersifat kronis atau progresif dimana ada banyak gangguan fungsi kortikal yang lebih tinggi, termasuk memori, berpikir, orientasi, pemahaman, perhitungan, belajar, kemampuan, bahwa penilaian kesadaran tidak terganggu. Gangguan fungsi

kognitif yang biasanya disertai, kadang-kadang didahului, oleh kemorosotan dalam pengendalian emosi, perilaku sosial, atau motivasi. Sindrom terjadi pada penyakit Alzheimer, di penyakit serebrovaskuler, dan dalam kondisi lain terutama atau sekunder yang mempengaruhi otak.

Di Indonesia termasuk lima besar negara dengan jumlah penduduk lanjut usia terbanyak di dunia yakni mencapai 18,1 juta jiwa pada tahun 2010 atau 9,6% dari jumlah penduduk dan diprediksi akan terus meningkat hingga dua kali lipat pada tahun 2025 (Depkes,2013). Hal ini dipengaruhi oleh majunya pelayanan kesehatan, menurunnya angka kematian bayi dan anak, perbaikan gizi dan sanitasi dan meningkatnya pengawasan terhadap penyakit infeksi. Secara kronologis, perjalanan hidup manusia terdiri atas beberapa masa, yaitu masa bayi (0-1 tahun), pra-sekolah/batita/balita (1-6 tahun), masa sekolah (6-10 tahun), masa pubertas (10-20 tahun), masa dewasa muda (20-30 tahun), masa dewasa (30-45 tahun), masa setengah baya/prasenum (45-65 tahun), dan masa senium/lanjut usia (65 tahun ke atas). Masa senium sering pula disebut geriatric age.

Gangguan memori adalah salah satu keluhan yang paling banyak terjadi pada usia lanjut. Banyak penelitian yang menghubungkan antara perubahan usia dengan fungsi memori dengan berbagai macam teori.

Berdasarkan teori, lanjut usia yang berusia di atas 65 tahun berisiko terkena penyakit demensia alzheimer. Penyakit ini dapat di alami semua orang tanpa membedakan gender, status sosial, ras, bangsa, etnis ataupun suku. Edukasi bagi tenaga perawatan, anggota keluarga, dan relawan sangat penting dalam upaya memberi asuhan keperawatan lanjut usia penyandang demensia alzheimer.

Lanjut usia adalah orang yang sistem-sistem biologisnya mengalami perubahan-perubahan struktur dan fungsi sehingga mempengaruhi status kesehatan. Konsep status kesehatan terintegrasi dalam tiga domain utama yaitu fungsi biologis, psikologis (kognitif dan afektif) serta sosial. Salah satu komponen psikologis dalam diri individu yaitu fungsi kognitif yang meliputi perhatian, persepsi, berpikir, pengetahuan dan daya ingat

Studi Pendahuluan tanggal 25 Mei 2019 Berdasarkan hasil pencatatan Rekam Medik (RM) Rumah Sakit Jiwa Kota Kupang di Naimata pada bulan November 2018 sampai April 2019, ditemukan masalah keperawatan pada klien rawat inap: 158, rawat jalan: 185 dan ruang intensif: 97 secara umum.

Dari data yang didapatkan peserta Uap tertarik untuk mengangkat kerusakan memori menjadi masalah keperawatan utama dalam penyusunan Studi kasus. Sekaligus ingin mengetahui proses keperawatan kerusakan memori yang terjadi akibat demensia pre senilis. Pada tanggal 25 Mei 2019 di ruang Rawat jalan RSJ Naimata dengan membaca status pasien yang datang untuk melakukan pengobatan dengan No.RM: 0029, dengan diagnosa medis demensia senilis.

1.2.Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Mampu menerapkan Asuhan Keperawatan klien Ny. M.N dengan kerusakan memori akibat demensia pre senilis melalui pendekatan proses keperawatan

1.2.2. Tujuan Khusus, peserta UAP mampu,

- a) Melakukan pengkajian pada pasien Ny. M.N dengan kerusakan memori akibat demensia pre senilis
- b) Menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien Ny. M.N dengan kerusakan memori akibat demensia pre senilis
- c) Menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien Ny. M.N kerusakan memori akibat demensia pre senilis
- d) Melakukan tindakan keperawatan pada pasien Ny. M.N dengan kerusakan memori akibat demensia pre senilis
- e) Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Ny. M.N dengan kerusakan memori akibat demensia pre senilis
- f) Menganalisis hasil keperawatan pada pasien Ny. M.N dengan kerusakan memori akibat demensia pre senilis

1.3. Manfaat

1.3.1 Manfaat teoritis

Dapat dijadikan referensi untuk pengembangan ilmu keperawatan dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan kerusakan memori akibat demensia pre senilis

1.3.2 Manfaat praktis

1. Bagi institusi pendidikan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan pengajaran untuk pengembangan keilmuan Asuhan Keperawatan tentang kerusakan memori akibat demensia pre senilis dalam bidang keperawatan jiwa

2. Bagi pasien dan keluarga

Agar dapat meningkatkan pengetahuan tentang kerusakan memori akibat demensia pre senilis sehingga dapat memberikan pengenalan awal dirumah dan mengatur pola hidup

3. Bagi penulis

Dapat menambah wawasan dan pengalaman langsung untuk merawat pasien jiwa

4. Bagi Rumah Sakit Jiwa Naimata

Sebagai bahan masukan yang diperlukan dalam pelaksanaan praktis pelayanan keperawatan jiwa khususnya kerusakan memori akibat demensia pre senilis

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1.Konsep Kerusakan Memori Akibat Demensia Pre Senilis

2.1.1. Definisi

Gangguan memori adalah kondisi di mana otak memiliki kesulitan untuk menyimpan, mengendalikan, dan mengingat kembali informasi yang telah lampau. Memori memiliki arti penting yang lain, kontroversi di antara para psikolog dewasa ini mengenai keakuratan memori menunjukkan bahwa memori memiliki tempat khusus, lebih dari sekedar fiksi. Memori adalah sesuatu yang benar- benar terjadi, sehingga memiliki nilai yang luar biasa bagi setiap orang. Memori mampu merajut masa lalu menuju masa kini, memori dapat berubah, beralih, dengan setiap pemikiran yang kita pikirkan atau yang kita ucapkan.

Demensia pre senilis merupakan demensia yang dapat terjadi pada golongan umur yang lebih muda (onset dini) yaitu umur 40-60 tahun dan dapat disebabkan oleh berbagai kondisi medis yang dapat mempengaruhi fungsi jaringan otak (penyakit degeneratif pada sistem saraf pusat).Jadi, kerusakan memori dan demensia pre senilis memiliki keterkaitan satu sama lain dimana terjadinya demensia pre senilis di sebabkan karena hilangnya memori atau kerusakan ringan pada fungsi memori, pada akhirnya orang tersebut tidak dapat mengingat kembali informasi baru apapun yang masuk. Pada perioede waktu yang berlangsung selama 1-10 tahun bahkan tidak mengingat fakta sederhana mengenai diri dan kehidupan mereka sendiri

Demensia dapat di artikan sebagai gangguan kognitif dan memori yang dapat mempengaruhi aktifitas sehari-hari. Penderita demensia seringkali menunjukkan beberapa gangguan dan perubahan pada tingkah laku harian (behavioral symptom) yang mengganggu (disruptive) ataupun tidak mengganggu (non disruptive).

2.1.2. Penyebab

Penyebab gangguan memori adalah disebabkan karena penurunan fungsi otak, penurunan daya ingat, anemia berat, gangguan memori, stress akibat informasi berlebihan, efek samping obat. Sedangkan penyebab demensia pre senilis adalah penderita demensia akan mengalami depresi, perubahan suasana hati dan perilaku, kesulitan bersosialisasi, hingga berhalusinasi. Penderita tidak mampu hidup mandiri dan memerlukan dukungan orang lain, sering Tersesat atau salah menaruh barang, Melupakan orang, fakta dan kejadian yang sebelumnya diketahui dengan baik.

2.1.3. Manifestasi Klinis

Tanda dan Gejala dari kerusakan memori dan demensia pre senilis adalah :

Menurunnya daya ingat, awalnya gangguan daya ingat jangka pendek, gangguan kepribadian dan perilaku (mood swings), defisit neurologi dan fokal, mudah tersinggung, bermusuhan, agitasi dan kejang, gangguan psikotik : halusinasi, ilusi, waham, dan paranoid, keterbatasan dalam ADL (Activities of Daily Living), kesulitan mengatur penggunaan keuangan, tidak bisa pulang kerumah bila bepergian, lupa meletakkan barang penting, sulit mandi, makan, berpakaian dan toileting, mudah terjatuh dan keseimbangan buruk, tidak dapat makan dan menelan, inkontinensia urine, dapat berjalan jauh dari rumah dan tidak bisa pulang, menurunnya daya ingat yang terus terjadi. Pada penderita demensia, “lupa” menjadi bagian keseharian yang tidak bisa lepas, gangguan orientasi waktu dan tempat, misalnya: lupa hari, minggu, bulan, tahun, tempat penderita demensia berada, penurunan dan ketidakmampuan menyusun kata menjadi kalimat yang benar, menggunakan kata yang tidak tepat untuk sebuah kondisi, mengulang kata atau cerita yang sama berkali-kali, ekspresi yang berlebihan, misalnya menangis berlebihan saat melihat sebuah drama televisi, marah besar pada kesalahan kecil yang dilakukan orang lain, rasa takut dan gugup yang tak beralasan. Penderita demensia kadang tidak

mengerti mengapa perasaan-perasaan tersebut muncul, adanya perubahan perilaku, seperti : acuh tak acuh, menarik diri dan gelisah(Videbeck, Sheila L. Buku ajar keperawatan jiwa. 2008. Hal 453)

2.1.4. Klasifikasi Demensia

Demensia di bagi dalam empat stadium :

1. Stadium awal

Gejala stadium awal sering diabaikan dan di salah artikan sebagai usia lanjut atau sebagai bagian normal dari proses otak menua, oleh para profesional , anggota keluarga, dan orang terdekat penyandang demensia. Karena proses penyakit berjalan sangat lambat, sulit sekali untuk menentukan kapan proses ini dimulai. Klien menunjukkan gejala sebagai berikut: Kesulitan dalam berbahasa, mengalami kemunduran daya ingat secara bermakna, disorientasi waktu dan tempat, sering tersesat ditempat yang biasa dikenal, kesulitan membuat keputusan, kehilangan inisiatif dan motivasi, menunjukkan gejala depresi dan agitasi, kehilangan minat dalam hobi dan aktifitas.(Stanley, 2007).

2. Stadium menengah

Proses penyakit berlanjut dan masalah menjadi semakin nyata. Pada stadium ini, klien mengalami kesulitan melakukan aktifitas kehidupan sehari-hari dan menunjukkan gejala seperti berikut : Sangat mudah lupa, terutama untuk peristiwa yang baru dan nama orang, tidak dapat mengelola kehidupan sendiri tanpa timbul masalah, tidak dapat memasak, membersihkan rumah, ataupun berbelanja, sangat bergantung pada orang lain, semakin sulit berbicara, membutuhkan bantuan untuk kebersihan diri (ke toilet, mandi, dan berpakaian), terjadi perubahan perilaku, adanya gangguan pribadi, sering tersesat, walaupun jalan tersebut telah dikenal (tersesat dirumah sendiri), dapat juga menunjukkan adanya halusinasi.

3. Menurut umur, terbagi atas

Demensia senilis > 65 tahun, dan demensia presenilis < 65 tahun

4. Stadium lanjut

Pada stadium ini terjadi :

Ketidakmandirian dan inaktif yang total, tidak mengenali lagi anggota keluarga (disorientasi personal), sukar memahami dan menilai peristiwa, tidak mampu menemukan jalan disekitar rumah sendiri, kesulitan berjalan, mengalami inkontinensia (berkemih atau defekasi), menunjukkan perilaku tidak wajar di masyarakat, akhirnya bergantung pada kursi roda/tempat tidur.

2.1.5. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang : (Asosiasi Alzheimer Indonesia,2003)

1) Pemeriksaan laboratorium rutin

Pemeriksaan laboratorium hanya dilakukan begitu diagnosis klinis demensia ditegakkan untuk membantu pencarian etiologi demensia khususnya pada demensia *reversible*, walaupun 50% penyandang demensia adalah demensia Alzheimer dengan hasil laboratorium normal, pemeriksaan laboratorium rutin sebaiknya dilakukan. Pemeriksaan laboratorium yang rutin dikerjakan antara lain: pemeriksaan darah lengkap, urinalisis, elektrolit serum, kalsium darah, ureum, fungsi hati, hormone tiroid, kadar asam folat.

2) *Computed Tomography* (CT) scan dan MRI (*Magnetic Resonance Imaging*) telah menjadi pemeriksaan rutin dalam pemeriksaan demensia walaupun hasilnya masih dipertanyakan.

3) Pemeriksaan EEG

Electroencephalogram (EEG) tidak memberikan gambaran spesifik dan pada sebagian besar EEG adalah normal. Pada Alzheimer stadium lanjut dapat memberi gambaran perlambatan difus dan kompleks periodik.

4) Pemeriksaan cairan otak

Pungsi lumbal diindikasikan bila klinis dijumpai awitan demensia akut, penyandang dengan imunosupresan, dijumpai rangsangan

meningen dan panas, demensia presentasi atipikal, hidrosefalus normotensif, tes sifilis (+), penyengatan meningeal pada CT scan.

5) Pemeriksaan genetika

Apolipoprotein E (APOE) adalah suatu protein pengangkut lipid polimorfik yang memiliki 3 allel yaitu epsilon 2, epsilon 3, dan epsilon 4. setiap allel mengkode bentuk APOE yang berbeda. Meningkatnya frekuensi epsilon 4 diantara penyandang demensia Alzheimer tipe awitan lambat atau tipe sporadik menyebabkan pemakaian genotif APOE epsilon 4 sebagai penanda semakin meningkat.

6) Pemeriksaan neuropsikologis

Pemeriksaan neuropsikologis meliputi pemeriksaan status mental, aktivitas sehari-hari/fungsional dan aspek kognitif lainnya. (Asosiasi Alzheimer Indonesia, 2003) Pemeriksaan neuropsikologis penting untuk sebagai penambahan pemeriksaan demensia, terutama pemeriksaan untuk fungsi kognitif, minimal yang mencakup atensi, memori, bahasa, konstruksi visuospatial, kalkulasi dan *problemsolving*. Pemeriksaan neuropsikologi sangat berguna terutama pada kasus yang sangat ringan untuk membedakan proses ketuaan atau proses depresi. Sebaiknya syarat pemeriksaan neuropsikologi memenuhi syarat sebagai berikut:

- Mampu menyaring secara cepat suatu populasi
- Mampu mengukur progresifitas penyakit yang telah diidentifikasi demensia

2.1.6. Penatalaksanaan

1. Farmakoterapi

Sebagian besar kasus demensia tidak dapat disembuhkan.

Untuk mengobati demensia alzheimer digunakan obat-obatan anti kolinesterase seperti Donepezil, Rivastigmine, Galantamine, Memantine. Demensia vaskuler membutuhkan obat-obatan anti platelet

seperti Aspirin ,Ticlopidine , Clopidogrel untuk melancarkan aliran darah ke otak sehingga memperbaiki gangguan kognitif.Demensia karena stroke yang berturut-turut tidak dapat diobati, tetapi perkembangannya bisa diperlambat atau bahkan dihentikan dengan mengobati tekanan darah tinggi atau kencing manis yang berhubungan dengan stroke.Jika hilangnya ingatan disebabkan oleh depresi, diberikan obat anti-depresi seperti Sertraline danCitalopram. Untuk mengendalikan agitasi dan perilaku yang meledak- ledak, yang biasanya menyertai demensia stadium lanjut, sering di gunakan obat anti- psikotik seperti (Haloperidol, Ouetiapine dan Risperidone). Tetapi obat ini kurang efektif dan menimbulkan efek samping yang serius. Obat anti-psikotik efektif diberikan kepada penderita yang mengalami *halusinasi* atau *parano*

2. Dukungan atau Peran Keluarga

Mempertahankan lingkungan yang familiar akan membantu penderita tetap memiliki orientasi. Kalender yang besar, cahaya yang terang, jam dinding dengan angka-angka yang besar atau radio juga bisa membantu penderita tetap memiliki orientasi.Menyembunyikan kunci mobil dan memasang detektor pada pintu bisa membantu mencegah terjadinya kecelekaan pada penderita yang senang berjalan-jalan.Menjalani kegiatan mandi, makan, tidur dan aktivitas lainnya secara rutin, bisa memberikan rasa keteraturan kepada penderita.Memarahi atau menghukum penderita tidak akan membantu, bahkan akan memperburuk keadaan.Meminta bantuan organisasi yang memberikan pelayanan sosial dan perawatan, akan sangat membantu.

3. Terapi Simtomatik

Pada penderita penyakit demensia dapat diberikan terapi simtomatik, meliputi : Diet, latihan fisik yang sesuai, terapi rekreasional dan aktifitas, penanganan terhadap masalah-masalah.

4. Faktor yang tidak dapat di modifikasi

1) Usia (Ong dkk,2015)

Resiko terjadinya penyakit alzheimer meningkat secara nyata dengan meningkatnya usia, meningkat dua kali lipat setiap 5 tahun pada individu diatas 65 tahun dan 50 % individu diatas 85 tahun mengalami demensia.

2) Jenis kelamin

Prevalensi menunjukan bahwa penyakit alzheimer lebih tinggi pada wanita dibanding pria.

3) Riwayat keluarga dan faktor genetik

4) Komplikasi demensia

Demensia dapat merusak fungsi sistem tubuh dan berpotensi mengakibatkan komplikasi jika tidak di obati dengan tepat, seperti : Pneumonia, disebabkan oleh tersedaknya makanan di saluran pernapasan dan paru akibat kesulitan menelan, kekurangan nutrisi,disebabkan oleh kesulitan mengunyah dan menelan makanan, penurunan fungsi tubuh,mengakibatkan penderita bergantung pada orang lain untuk aktivitas sehari-hari, kematian,khususnya pada penderitaan demensia progresif tahap akhir dikarenakan infeksi yang dialaminya.

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan Demensia

2.2.1. Pengkajian

Menurut (Videbeck, Sheila L. Buku ajar keperawatan jiwa. 2008. Hal 465). Tahap-tahap pengkajian proses keperawatan jiwa pada pasien dengan demensia meliputi :

a) Identitas

Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, suku bangsa, pendidikan, pekerjaan dan alamat

b) Keluhan utama

Keluhan utama atau sebab utama yang menyebabkan klien datang berobat (menurut klien dan keluarga). Gejala utama adalah menurunnya daya ingat

c) Riwayat psikososial

• Konsep diri

Gambaran diri, stressor yang menyebabkan berubahnya gambaran diri karena proses penyakit patologis, identitas, bervariasi sesuai dengan tingkat perkembangan individu, peran, transisi peran dapat dari sehat ke sakit, ketidaksesuaian antara satu peran dengan peran yang lain dan peran yang ragu dimana individu tidak tahun dengan jelas perannya, serta peran berlebihan sementara tidak mempunyai kemampuan dan sumber yang cukup, ideal diri, keinginan yang tidak sesuai dengan kenyataan dan kemampuan yang ada, harga diri, tidak mampu dalam mencapai tujuan sehingga klien merasa harga dirinya rendah karena kegagalannya

d) Hubungan sosial

Berbagai faktor di masyarakat yang membuat seseorang disingkirkan atau kesepian, yang selanjutnya tidak dapat diatasi sehingga timbul akibat berat seperti delusi dan halusinasi. Konsep diri dibentuk oleh pola hubungan sosial khususnya dengan orang yang penting dalam kehidupan individu. Perkembangan hubungan sosial yang tidak adekuat menyebabkan kegagalan individu untuk belajar mempertahankan komunikasi dengan orang lain. Akibatnya klien cenderung memisahkan diri dari orang lain dan hanya terlibat dengan pikirannya sendiri yang tidak memerlukan kontrol orang lain. Keadaan ini menimbulkan kesepian, isolasi sosial, hubungan dangkal dan tergantung

e) Riwayat spiritual

Keyakinan klien terhadap agama dan keyakinannya masih kuat tetapi tidak atau kurang mampu dalam melaksanakan ibadahnya sesuai dengan agama dan kepercayaannya.

f) Status mental

Penampilan klien tidak rapi dan tidak mampu untuk merawat dirinya sendiri, pembicaraan keras, cepat dan inkoheren, aktifitas motorik,

perubahan motorik dapat di manifestasikan adanya peningkatan kegiatan motorik, gelisah, impulsif, manerisme, otomatis, alam perasaan, klien nampak ketakutan dan putus asa, afek dan emosi, Pada awalnya, klien demensia mengalami ansietas dan ketakutan selama awal kehilangan memori dan fungsi kognitif, tetapi tidak dapat mengekspresikan perasaan ini kepada siapapun. Mood klien menjadi lebih labil sepanjang waktu dan dapat berubah secara cepat dan drastis tanpa alasan yang jelas. Klien mulai menunjukkan reaksi emosional sebagai respon terhadap perubahan lingkungan yang tidak dapat di persepsikan atau dipahami klien secara akurat, atau ketika klien tidak dapat berespons secara adaptif terhadap situasi. Klien dapat menunjukkan pola menarik diri dari dunia yang tidak lagi dipahami. Klien menjadi letargi, tampak apatis, dan memberi sedikit perhatian pada lingkungan atau orang-orang didalamnya, klien tampak kehilangan semua afek emosional dan tampak bingung serta lesu, interaksi selama wawancara, sikap klien terhadap pemeriksa kurang kooperatif, kontak mata kurang, persepsi, pada klien dengan demensia sering ditemukan perubahan persepsi yang paling sering ditemukan adalah halusinasi, tingkat kesadaran, kesadaran menurun, bingung. Disorientasi waktu, tempat dan orang, memori, gangguan daya ingat, tingkat konsentrasi, klien tidak mampu berkonsentrasi, kemampuan penilaian, gangguan berat dalam penilaian atau keputusan

g) Kebutuhan klien sehari-hari

1. Tidur, klien suka tidur karena cemas, gelisah, berbaring atau duduk dan gelisah, kadang-kadang terbangun tengah malam dan sukar tidur kembali. Tidurnya mungkin terganggu sepanjang malam, sehingga tidak merasa segar dipagi hari
2. Selera makan, klien tidak mempunyai selera makan atau makanannya hanya sedikit, karena putus asa, merasa tidak berharga, aktifitas terbatas sehingga bisa terjadi penurunan berat badan.

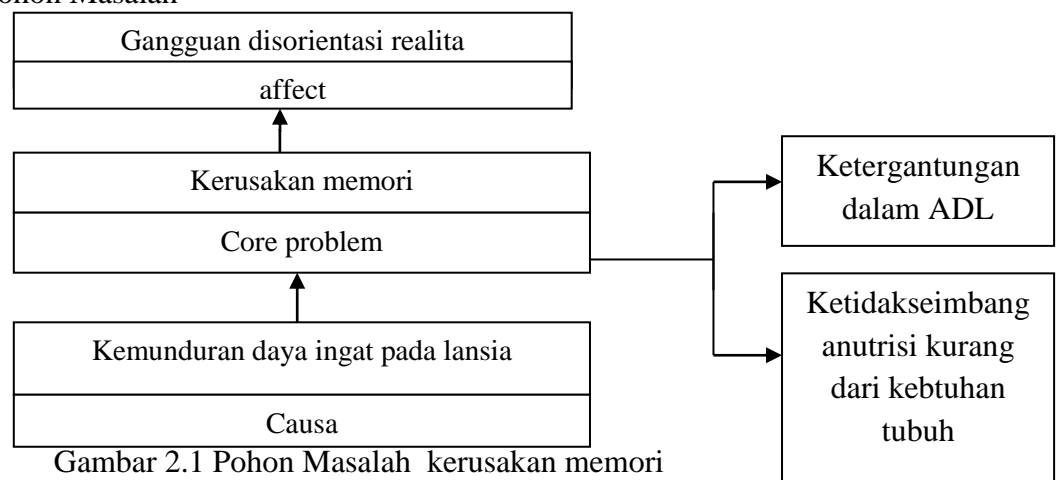
3. Eliminasi, klien mungkin terganggu buang air kecilnya, kadang-kadang lebih sering dari biasanya, karena suka tidur dan stress, kadang-kadang dapat terjadi konstipasi akibat terganggu pola makan
4. Mekanisme koping, apabila klien merasa tidak berhasil, kegagalan maka ia akan menetralsir, mengingkari atau meniadakannya dengan mengembangkan berbagai pola koping mekanisme. Ketidakmampuan mengatasi secara konstruktif merupakan faktor penyebab primer terbentuknya pola tingkah laku patologis. Koping mekanisme yang digunakan seseorang dalam keadaan delirium adalah mengurangi kontak mata, memakai kata-kata yang cepat dan keras (ngomel-ngomel) dan menutup diri.

➤ Masalah keperawatan

(Walter A. Brown M. Diagnosis Dementia. 2015)

1. Kerusakan memori
2. Gangguan disorientasi realita
3. Kemunduran daya ingat
4. Ketergantungan dalam ADL
5. Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
6. Penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif

➤ Pohon Masalah



Gambar 2.1 Pohon Masalah kerusakan memori

2.2.2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Nanda, 2015 di tetapkan diagnosa keperawatan yaitu :

1. Kerusakan memori (kode Dx. 00131)

2.2.3. Rencana Keperawatan

Menurut Nanda, 2015 Rencana Asuhan Keperawatan

Tabel 2.2 : Rencana keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Intervensi
	Tujuan	Kriteria Hasil	
Kerusakan Memori	TUM: Setelah dilakukan perawatan klien tidak mengalami gangguan proses pikir : kerusakan memori TUK : 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya	1. Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang di hadapi	1. Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik : a. Sapa klien dengan ramah, baik verbal maupun non verbal b. Perkenalkan diri dengan sopan c. Tanyakan nama lengkap klien & nama panggilan yang disukai klien d. Jelaskan tujuan pertemuan e. Jujur dan menepati janji f. Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya g. Beri perhatian pada klien dan perhatian kebutuhan dasar pasien
	2. Pasien mampu mengenal/berorientasi terhadap waktu, orang dan tempat	Pasien mampu menyebutkan identitasnya dengan benar, mampu mengenal orang-orang terdekat klien	1. Beri kesempatan bagi pasien untuk mengenal barang milik pribadinya misalnya : tempat tidur, lemari, pakayaian, 2. Beri kesempatan

			<p>kepada pasien untuk mengenal waktu dengan menggunakan jam besar, kalender yang mempunyai lembar perhari dengan tulisan besar</p> <p>3. Beri kesempatan kepada pasien untuk menyebutkan namanya dan anggota keluarga terdekat</p> <p>4. Beri kesempatan kepada klien untuk mengenal dimana ia berada</p> <p>5. Berikan pujian jika pasien dapat menjawab dengan benar</p>
	3. Pasien mampu melakukan aktifitas sehari-hari secara optimal		<p>1. Observasi kemampuan pasien untuk melakukan aktifitas sehari-hari</p> <p>2. Beri kesempatan pada pasien untuk memilih aktifitas yang dapat dilakukannya</p> <p>3. Bantu pasien untuk melakukan kegiatan yang telah di pilihnya</p> <p>4. Beri pujian jika pasien dapat melakukan kegiatannya</p> <p>5. Tanyakan perasaan pasien jika mampu melakukan kegiatannya</p> <p>6. Bersama pasien membuat jadwal kegiatan sehari-harinya</p>
	4 .Keluarga mampu mengorientasikan pasien terhadap waktu, orang dan tempat		<p>1. Keluarga mampu mengorientasikan pasien terhadap waktu, orang dan tempat</p> <p>2. Diskusikan dengan keluarga cara-cara mengorientasikan</p>

			<p>waktu, orang dan tempat pada pasien</p> <p>3. Anjurkan keluarga untuk menyediakan jam besar, kalender dengan tulisan besar</p> <p>4. Anjurkan keluarga untuk memberikan pujian terhadap kemampuan yang masih dimiliki oleh pasien</p> <p>5. Anjurkan keluarga untuk memantau kegiatan sehari-hari pasien sesuai dengan jadwal yang telah dibuat</p> <p>6. Anjurkan keluarga memberikan pujian jika pasien melakukan kegiatan sesuai dengan jadwal kegiatan yang sudah dibuat</p>
--	--	--	---

2.2.4. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi keperawatan jiwa dilakukan sesuai dengan strategi perencanaan yang disusun. Strategi perencanaan adalah sebelum melakukan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu mengvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih dibutuhkan klien sesuai dengan kondisi saat ini. Pada saat akan dilaksanakan tindakan keperawatan, perawat melakukan kontrak dengan klien dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta klien yang diharapkan. Implementasi yang dilakukan perawat pada Ny M.N adalah sesuai dengan strategi perencanaan (SP) yang telah dibuat. Strategi perencanaan untuk Ny M.N adalah :

1. SP I Pasien : Membina hubungan saling percaya dengan pasien

2. SP II Pasien : Membantu pasien mengenal waktu, tempat dan orang
3. SP III Pasien : Melatih melakukan aktifitas sehari-hari pasien
4. SP IV Pasien : Membantu pasien dalam melakukan aktifitas sehari-hari

2.2.5. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi keperawatan di buat berdasarkan tujuan, kriteria hasil dan menggunakan metode SOAP dimana S: data subjektif, O: data objektif, A: analisis masalah dan P: *planning*. Metode ini gunakan untuk membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriterial hasil yang dibuat pada tahap perenacnaan. Evaluasi dilakukan berdasarkan pada tujuan khusus yang telah di buat

1. TUK 1: Pasien mampu membina hubungan saling percaya,dengan kriteria hasil ekspersi wajah bersahabat,menunjukan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan dan mamu menyebutkan nama, mau duduk berdampingan dengan perawat.
2. TUK II:Pasien mampu mengenal/ berorientasi terhadap waktu,tempat dan orang, dengankriteria hasil pasien mampu menyebutkan identitasnya dengan benar, mampu mengenal orang terdekat, mampu mengenal tempat dimana ia berada
3. TUK III: Pasien mampu melakukan aktifitas sehari-hari secara optimal, dengan kriteria hasil pasien mampu melakukan aktifitas sehari-hari, pasien mmapu memilih aktifitas yang dapat dilakukan
4. TUK IV:Keluarga mampu mengorientasikan pasien terhadap waktu, orang dan tempat, dengan kriteria hasil keluarga mampu mengorientasikan pada pasien terhadap waktu, orang dan tempat dimana berada

BAB III

STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Studi Kasus

3.1.1. Gambaran lokasi studi kasus

Studi kasus di lakukan pada tanggal 27 sampai 30 Mei 2019 di rumah Ny M.N RT015/RW013 yang beralamat di kelurahan fatululi, kecamatan Oebobo. Pada saat pengkajian di dapatkan data Pasien yang berinisial Ny M.N berusia 61 tahun, jenis kelamin perempuan, agama katolik, pekerjaan petani. Pasien pernah melakukan pemeriksaan di RSJ Naimata pada tanggal 13 Mei 2019, No. Rekam Medik 0029 dengan diagnosa medik Demensia pre senilis. Hasil pengkajian di temukan keluarga mengatakan bahwa pasien dibawah ke rumah sakit Jiwa karena suka keluar dari rumah dan suka memungut sampah di jalan dan pasien sering lupa sehingga tidak tahu jalan pulang ke rumah kembali sehingga pada tanggal 13 Mei 2019 keluarga membawa pasien untuk melakukan pengobatan rawat jalan. Sumber informasi di dapat dari wawancara secara allo anamnesa (dari pasien) dan Auto Anamnesa (dari keluarga) dalam hal ini sebagai penanggung jawab Ny E.N sebagai anak kandung dari pasien dan catatan perawat

3.1.2. Pengkajian

Pengkajian di dilakukan pada tanggal 27 – 30 Mei 2019

Nama Initial	: Ny. M. N
Umur	: 61 tahun(demensia pre senilis)
Jenis Kelamin	: Perempuan
Pekerjaan	: Petani
No. RM	: 0029
Status	: Menikah
Pendidikan	: SMP

1. Alasan Home Care

a. Keluhan utama saat ini

Keluarga mengatakan pasien dibawah ke rumah sakit Jiwa karena suka keluar dari rumah dan suka memungut sampah di jalan dan pasien sering lupa sehingga tidak tau jalan pulang ke rumah kembali

b. Keluhan utama saat pengkajian:

Keluarga mengatakan pasien sering lupa dengan orang-orang yang ada di sekitar pasien, bahkan orang terdekat dengan pasien pun pasien sering lupa, pasien juga mengatakan sering mendengar suara-suara bisung ditelinganya suara itu sering muncul saat pasien sedang sendiri dan frekuensi 2-3x sehari tetapi suaranya tidak jelas.

c. Riwayat Penyakit :

Keluarga mengatakan pasien tidak pernah mengalami penyakit yang sama seperti sekarang ini.

2. Faktor predisposisi

Pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu, keluarga mengatakan pasien tidak pernah mengalami gangguan jiwa dan tidak ada pengobatan sebelumnya, trauma, pasien tidak pernah mengalami aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, kekerasan dalam keluarga dan tindakan kriminal, anggota keluarga yang gangguan jiwa, keluarga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa pasien juga mengatakan tidak ada pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan.

3. Pemeriksaan fisik

a. TTV : TD : 120/80 mmHg, N : 89x/mnt, S : 36,5°C, P : 21x/mnt

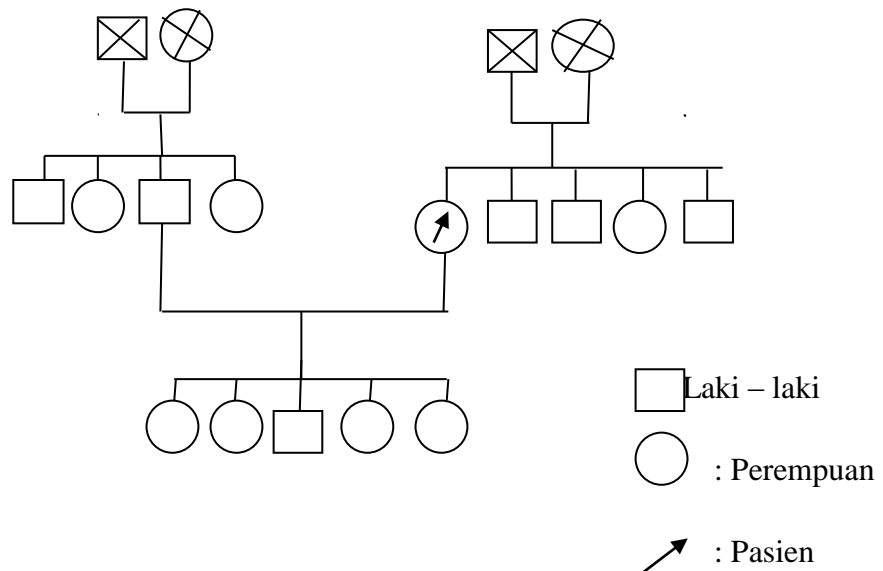
b. Ukur : BB ; 46 kg, TB ; 149cm

c. Keluhan fisik

Pasien mengatakan tidak ada

4. Psikososial

Genogram :



Jelaskan :

Pasien memiliki 5 orang anak, dan saat ini pasien tinggal bersama dengan anak perempuannya yang kedua

5. Konsep diri

Citra tubuh, pasien mengatakan bahwa dia menyukai semua anggota tubuhnya, identitas, pasien mengetahui dirinya seorang perempuan, Peran, pasien mengatakan mampu melakukan peran sebagai ibu rumah tangga seperti membersihkan halaman, memasak, ideal diri, pasien mengatakan dulunya iya ingin sekali untuk melanjutkan sekolahnya ke SMA tetapi karena ekonomi yang tidak cukup sehingga pasien tidak melanjutkannya, harga diri, pasien mengatakan merasa dirinya di hargai oleh suami, keluarga, anak-anak dan lingkungan di sekitarnya

6. Hubungan sosial

Orang yang berarti, pasien mengatakan orang yang berarti untuk pasien adalah suami, keluarga dan anak-anak, peran serta dalam kegiatan

kelompok/masyarakat tidak ada, hambatan dalam berhubungan dengan orang lain pasien sering lupa dengan orang lain

7. Spiritual

Nilai dan keyakinan, pasien beragama katolik, kegiatan ibadah pasien mengatakan sering beribadah tetapi hanya saat hari minggu saja

8. Status mental

Penampilan, pasien tampak rapi, cara memakai pakayaian pasien sesuai dan tidak terbalik, dalam berkomunikasi pasien sangat lambat untuk berbicara, aktivitas motorik agitasi, pasien tampak Gelisah, tidak tenang, alam perasaan sedih, saat wawancara pasien terlihat tampak sedih tandanya seperti raut wajah tampak sedih, suka menunduk, afek tumpul, pada kasus ini berdasarkan hasil observasi peneliti didapatkan pada pasien yaitu afek tumpul seperti ketika berbicara dengan pasien dan keluarganya dan ada sesuatu yang lucu yang membuat semua kami tertawa tetapi pada pasien hanya diam saja, tidak ada ekspresi wajah yang ikut tertawa, interaksi selama wawancara adalah kontak mata kurang, saat berkomunikasi kontak mata pasien kurang dengan perawat.

Pasien mengatakan sering mendengar suara-suara bising di telinganya suara itu sering muncul saat pasien sedang sendiri dan frekuensi 2-3x sehari tetapi suaranya tidak jelas, isi pikir depersonalisasi, pasien merasa asing dengan orang lain akibat dari sering lupa, arus pikir sirkumstansial, pasien berbicara lama tetapi sampai pada tujuan yang sedang dibicarakan pasien seperti menceritakan identitas pasien dengan lengkap, tingkat kesadaran bingung, pasien tampak bingung jika di tanya sesuatu, memori gangguan daya ingat saat ini, pasien tidak mampu mengingat kejadian yang baru saja terjadi, tingkat konsentrasi dan berhitung, tingkat konsentrasi pasien kurang saat ditanya, tidak mampu berhitung sederhana, saat di kaji pasien tidak mampu berhitung sederhana ketika disuruh berhitung, kemampuan penilaian gangguan ringan, pasien mampu mengambil keputusan dengan bantuan orang lain, daya tilik diri mengingkari penyakit yang diderita, pasien tidak menyadari gejala/penyakit yang dideritanya.

9. Kebutuhan perencanaan pasien pulang

Pasien mampu memehuni kebutuhan sehari-hari seperti : mandi, kebersihan diri, makan, BAB/BAK, ganti pakayaian, pasien mengatakan puas dengan pola makan yang ada, keluarga mengatakan dalam satu hari pasien makan sebanyak 3x sehari, keluarga mengatakan napsu nafsu makan pasien meningkat, berat badan pasien saat ini 46 kg, pasien mengalami masalah dalam tidur, pasien ada kebiasaan tidur siang, lama tidur siang 2 jam, tidur malam jam 20:00 bangun jam 04 :00, Pasien sering terbangun saat tidur malam, pasien selalu minum obat dengan teratur di saat pagi dan malam, keluarga mengatakan selalu membawa pasien untuk memeriksa diri di Rumah Sakit Jiwa, klien memiliki sistem pendukung yaitu pasien memiliki keluarga dan juga anak-anak yang selalu memberikan motivasi pada pasien untuk cepat sembuh dan selalu membawa klien untuk berobat.

10. Aspek medis

Diagnosa Medis : Demensia preSenilis

Terapi : Clobazam 2x sehari

Nopres 2x sehari

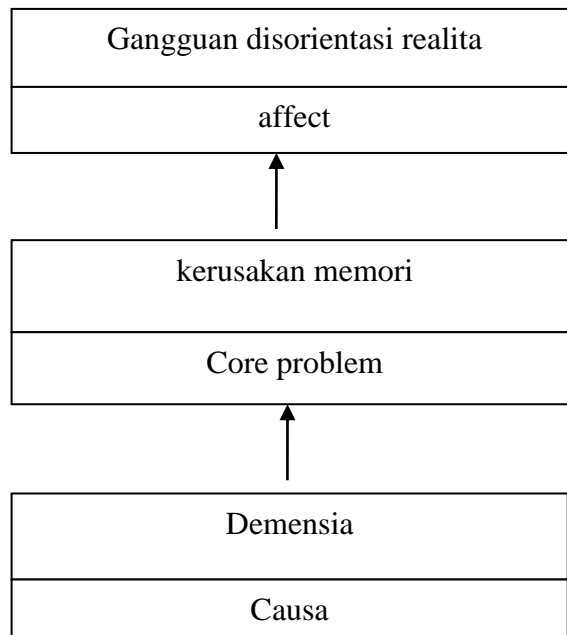
11. Analisis data

Analisa data di lakukan pada tanggal 25 Mei 2019 di rumah Ny M.N kelurahan Fatululi, Kecamatan Oebobo. Analisa data di dapatkan berdasarkan data subjektif (dari pasien dan keluarga) dan data objektif (dari perawat).

Tabel 3.1 Analisis data

No	Data Subyektif	Data Obyektif	Masalah
1	Keluarga mengatakan pasien sering lupa dengan orang yang disekitar pasien, bahkan orang terdekat pasien pun pasien sering lupa dan bila bepergian keluar rumah pasien tidak tahu jalan untuk kembali pulang	Pasien tidak mampu menyebutkan identitasnya dengan jelas, kontak mata pasien kurang, pasien tampak gelisah	kerusakan memori
2	Pasien mengatakan sering mendengar suara bising di telinganya tetapi suaranya tidak terlalu jelas, suaranya muncul pada saat pasien sedang sendiri dan frekuensinya 2-3xsehari	Kontak mata pasien kurang, sering tertawa sendiri, sering bicara sendiri	Gangguan persepsi sensori : Halusinasi

- 1) Rumusan Masalah
 1. Kerusakan memori
 2. Gangguan persepsi sensori : Halusinasi
- 2) Pohon masalah



Gambar 3.1 Pohon masalah kerusakan memori

3.1.3. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan pada Ny M.N di tetapkan pada tanggal 27 Mei 2019

1. Kerusakan memori

3.1.4. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan pada Ny M.N di tetapkan pada tanggal 27 Mei 2019

Tabel 3.2 : Perencanaan keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Intervensi
		Tujuan	Kriteria Hasil	
1	Kerusakan Memori	<p>TUM: Setelah dilakukan perawatan klien tidak mengalami gangguan proses pikir : kerusakan memori</p> <p>TUK :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien dapat membina hubungan saling percaya 	<p>1. Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang di hadapi</p>	<p>1. Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Sapa klien dengan ramah, baik verbal maupun non verbal Perkenalkan diri dengan sopan Tanyakan nama lengkap klien & nama panggilan yang disukai klien Jelaskan tujuan pertemuan Jujur dan menepati janji Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya Beri perhatian pada klien dan perhatian kebutuhan dasar pasien
		<ol style="list-style-type: none"> Pasien mampu mengenal/b erorientasi terhadap waktu, 	<p>Pasien mampu menyebutkan identitasnya dengan benar, mampu mengenal orang-orang</p>	<ol style="list-style-type: none"> Beri kesempatan bagi pasien untuk mengenal barang milik pribadinya mislanya : tempat tidur,lemari,

		orang dan tempat	terdekat klien	<p>pakayaan,</p> <p>2. Beri kesempatan kepada pasien untuk mengenal waktu dengan menggunakan jam besar, kalender yang mempunyai lembar perhari dengan tulisan besar</p> <p>3. Beri kesempatan kepada pasien untuk menyebutkan namanya dan anggota keluarga terdekat</p> <p>4. Beri kesempatan kepada klien untuk mengenal dimana ia berada</p> <p>5. Berikan pujian jika pasien dapat menjawab dengan benar</p>
		3. Pasien mampu melakukan aktifitas sehari-hari secara optimal		<p>1. Observasi kemampuan pasien untuk melakukan aktifitas sehari-hari</p> <p>2. Beri kesempatan pada pasien untuk memilih aktifitas yang dapat dilakukannya</p> <p>3. Bantu pasien untuk melakukan kegiatan yang telah di pilihnya</p> <p>4. Beri pujian jika pasien dapat melakukan kegiatannya</p> <p>5. Tanyakan perasaan pasien jika mampu melakukan</p>

				kegiatan 6. Bersama pasien membuat jadwal kegiatan sehari-harinya
		4. Keluarga mampu mengorientasikan pasien terhadap waktu, orang dan tempat		1. Keluarga mampu mengorientasikan pasien terhadap waktu, orang dan tempat 2. Diskusikan dengan keluarga cara-cara mengorientasikan waktu, orang dan tempat pada pasien 3. Anjurkan keluarga untuk menyediakan jam besar, kalender dengan tulisan besar 4. Anjurkan keluarga untuk memberikan pujian terhadap kemampuan yang masih dimiliki oleh pasien 5. Anjurkan keluarga untuk memantau kegiatan sehari-hari pasien sesuai dengan jadwal yang telah dibuat 6. Anjurkan keluarga memberikan pujian jika pasien melakukan kegiatan sesuai dengan jadwal kegiatan yang sudah dibuat

3.1.5. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI
<p>Hari/tanggal: Senin, 27 Mei 2019</p> <p>TUK 1 Bina Hubungan Saling Percaya (BHSP)</p> <p>Data-data</p> <p>DS : keluarga mengatakan pasien sering lupa dengan orang yang disekitar pasien, bahkan orang terdekat dengan pasien pun pasien sering lupa, dan bila bepergian keluar rumah pasien tidak tahu jalan untuk kembali pulang</p> <p>DO : tidak mampu menyebutkan identitasnya dengan jelas, kontak mata pasien kurang, pasien tampak gelisah</p> <p>Diagnosa Keperawatan: kerusakan memori</p> <p>Tindakan: SP1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya dengan pasien 2. Menyapa pasien dengan ramah 3. Memperkenalkan diri dengan sopan 4. Menanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai pasien 5. Menjelaskan tujuan pertemuan 6. Menunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya <p>Rencana Tindak Lanjut</p> <p>Pasien mampu mengenal orang, waktu dan tempat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beri kesempatan bagi pasien untuk mengenal barang miliknya 2. Beri kesempatan kepada pasien untuk 	<p>S : Pasien mengatakan : “selamat sore juga, nama lengkap saya Ny Magdalena”</p> <p>O: Pasien mampu menjawab sapaan, pasien mampu menyebutkan nama lengkap dan nama panggilan dan kontak mata (-)</p> <p>A : SP1 Berhasil</p> <p>P : Lanjutkan SP2</p>

<p>mengenal waktu dengan menggunakan jam besar, kalender yang mempunyai lembar perhari dengan tulisan besar</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Beri kesempatan kepada pasien untuk menyebutkan namanya dan anggota keluarga terdekat 4. Beri kesempatan kepada klien untuk mengenal dimana ia berada 	
<p>Hari / tanggal : 28 Mei 2019</p> <p>TUK 2 (mengenal waktu, orang dan tempat)</p> <p>Data- data</p> <p>DS : Keluarga mengatakan pasien masih belum bisa mengingat, keluarga mengatakan pasien hanya bisa mengingat bila ada keluarga yang mengatakan seperti nama anggota keluarganya setelah itu pasien bisa mengulang kembali tetapi setelah berapa menit kembali pasien tidak mengingatnya lagi</p> <p>DO : Pasien tampak terlihat bingung, kontak mata kurang, tidak mampu menjawab pertanyaan</p> <p>Diagnosa Keperawatan</p> <p>kerusakan memori</p> <p>Tindakan Keperawatan : SP2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyuruh pasien untuk menyebutkan barang miliknya 2. Menyuruh pasien untuk menyebutkan jam, hari, tanggal 3. Menyuruh pasien untuk menyebutkan nama anggota keluarganya 4. Menyuruh klien untuk menyebutkan dimana ia berada <p>Rencana Tindak Lanjut</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyuruh pasien untuk menyebutkan jam, hari, tanggal 2. Menyuruh pasien untuk menyebutkan nama anggota keluarganya 3. Mengkaji kemampuan pasien dalam 	<p>S : Pasien mengatakan hanya mengingat barang miliknya saja seperti pakayaian, sendal</p> <p>O : Pasien tampak bingung, pasien hanya mampu menyebutkan bahwa ia tinggal dirumah, tidak bisa menyebutkan jam, hari dan tanggal, tidak bisa menyebutkan nama anggota keluarganya</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan SP2 dan SP3</p> <p>SP2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menyuruh pasien untuk menyebutkan jam, hari, tanggal • Menyuruh pasien untuk menyebutkan nama anggota keluarganya

<p>melakukan aktifitas sehari-hari</p> <ol style="list-style-type: none"> Menyuruh pasien untuk memilih aktifitas yang dapat dilakukannya Bersama pasien untuk membuat jadwal kegiatan sehari-hari <p>Hari/tanggal : 29 Mei 2019</p> <p>TUK 3 (mampu melakukan aktifitas secara optimal)</p> <p>Data- Data</p> <p>DS : keluarga mengatakan pasien mampu menyebutkan barang miliknya seperti baju, celana, kain, sendal,</p> <p>DO : pasien masih terlihat tampak bingung, pasien masih bisa mengingat dimana ia berada</p> <p>Diagnosa Keperawatan</p> <p>kerusakan memori</p> <p>Tindakan Keperawatan : SP2 dan SP3</p> <ol style="list-style-type: none"> Menyuruh pasien untuk menyebutkan jam, hari, tanggal Menyuruh pasien untuk menyebutkan nama anggota keluarganya Mengkaji kemampuan pasien dalam melakukan aktifitas sehari-hari Menyuruh pasien untuk memilih aktifitas yang dapat dilakukannya Bersama pasien untuk membuat jadwal kegiatan sehari-hari 	<p>S : keluarga mengatakan pasien bisa menyebutkan jam, hari dan tanggal dan nama anggota keluarganya tetapi dengan bantuan orang lain, pasien mengatakan aktifitas setiap hari yang dilakukan adalah sapu rumah, cuci piring, nonton tv, makan sendiri, mandi</p> <p>O : pasien mampu menyebutkan jam, hari, tanggal walaupun dengan bantuan orang lain, pasien mampu menyebutkan aktifitas yang biasa dilakukan,</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : tetap lanjutkan SP2 dan SP3</p>
---	---

<p>Hari/tanggal : 30 Mei 2019</p> <p>Data- data</p> <p>DS : keluarga mengatakan pasien bisa melakukan aktifitas sehari-harinya seperti : sapu rumah, cuci piring, makan, mandi</p> <p>DO :</p> <p>Diagnosa Keperawatan</p> <p>kerusakan memori</p> <p>Tindakan keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melatih pasien untuk menyebutkan jam, hari, tanggal 2. Melatih pasien untuk menyebutkan nama anggota keluarganya 3. Menyuruh pasien untuk memilih aktifitas yang dapat dilakukannya 4. Motivasi pasien dalam melakukan aktifitas sehari-hari 5. Bersama pasien untuk membuat jadwal kegiatan sehari-hari 	<p>S : keluarga mengatakan pasien mampu melakukan aktifitas sehari - harinya dengan bantuan orang lain</p> <p>O : -</p> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : tetap lanjutkan SP2 dan SP3</p>
--	---

3.2. Pembahasan

Setelah penulis melakukan dan melaksanakan asuhan keperawatan pada klien Ny M.N dengan kerusakan memori dilaksanakan selama 4 hari di rumah Ny M.N Kelurahan Fatululi, Kecamatan Oebobo, maka penulis akan menguraikan kesenjangan antara teori dengan hasil Asuhan Keperawatan yang telah penulis laksanakan dan membandingkannya.

Pada pembahasan ini penulis akan membandingkan masalah kesehatan yang muncul antara teori dengan kenyataan yang penulis dapatkan pada klien Ny M.N dengan kerusakan memori pada tanggal 27 sampai 30 Mei 2019. Asuhan keperawatan yang dilakukan terdiri dari lima tahap yaitu pengkajian, diagnosa, keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

Pengkajian : dengan apa yang di dapatkan penulis, pengkajian dari data pasien Ny M.N keluarga mengatakan pasien sering lupa dengan orang yang disekitar pasien, bahkan orang terdekat pasien pun pasien sering lupa dan bila bepergian keluar rumah pasien tidak tau jalan untuk kembali pulang. Menurut (Videbeck, Sheila L. Buku ajar keperawatan jiwa. 2008. Hal 453) keluhan utama yang akan muncul pada pasien dengan kerusakan memori adalah menurunnya daya ingat, awalnya gangguan daya ingat jangka pendek, gangguan kepribadian dan perilaku (mood swings), mudah tersinggung, bermusuhan, agitasi dan kejang, gangguan psikotik : halusinasi, ilusi, waham, dan paranoid, keterbatasan dalam ADL (*Activities of Daily Living*), tidak bisa pulang kerumah bila bepergian, lupa meletakkan barang penting, sulit mandi, makan, berpakaian dan toileting.

Berdasarkan uraian di atas penulis berpendapat bahwa ada persamaan antara teori dengan kasus yang di dapatkan pada Ny M.N.

Keluarga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami penyakit yang sama seperti yang diderita pasien sekarang. Pasien saat ini mengalami penyakit kerusakan memori.

Menurut (Ongg Dkk, 2015) penyakit demensia bukan merupakan penyakit

keturunan tetapi penyakit demensia adalah masalah penyakit yang terjadi pada orang yang telah lanjut usia pada individu diatas 65 tahun dan 50 % individu diatas 85 tahun mengalami demensia dan faktor resiko yang dapat menyebabkan demensia juga bisa karena depresi. Meski begitu kaitan antar keduanya sangatlah kompleks. Depresi diduga menjadi penyebab demensia di usia lanjut lantaran gejala depresi yang membuat seseorang menarik diri dari lingkungan sekitarnya.

Pasien mengatakan sering mendengar suara - suara bising di telinganya tetapi suaranya tidak terlalu jelas, suaranya muncul pada saat pasien sedang sendiri dan frekuensinya 2-3x sehari.

Menurut (Videbeck, Sheila L. Buku ajar keperawatan jiwa. 2008. Hal 463). Penderita demensia umumnya akan mengalami depresi, dan juga akan sering berhalusinasi, perubahan suasana hati dan perilaku, kesulitan bersosialisasi. Penderita tidak mampu hidup mandiri dan memerlukan dukungan orang lain, sering Tersesat atau salah menaruh barang, Melupakan orang, fakta dan kejadian yang sebelumnya diketahui dengan baik.

Diagnosa keperawatan : Dari data yang di temukan muncul beberapa masalah keperawatan pada Ny M.N seperti : demensia, gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran, kerusakan memori sebagai *Core Problem*. Dalam diagnosis keperawatan jiwa hanya satu diagnosis yang di ambil sebagai diagnosis prioritas atau diagnosis yang paling menonjol pada pasien. Dalam kasus Ny M.N masalah yang paling menonjol pada Ny M.N adalah Kerusakan memori akibat dari demensia pre senilis.

Menurut (Walter A. Brown M. Diagnosis Dementia. 2015) pohon masalah pada klien dengan kerusakan memori yaitu demensia menjadi *Causa*, kerusakan memori menjadi *Core Problem*, dan menimbulkan *affect* : gangguan persepsi sensori : halusinasi.

Menurut peneliti pada Ny M.N yang mengalami kerusakan memori penulis menemukan beberapa masalah keperawatan yang muncul saat pengkajian yaitu demensia, gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran,

kerusakan memori diambil sebagai diagnosa prioritas. Yang disebabkan karena menurunnya daya ingat.

Intervensi Keperawatan : Perencanaan yang diberikan pada klien dengan kerusakan memori adalah BHSP : membina hubungan saling percaya dengan klien dan memberi salam terapeutik dengan memanggil nama klien, menyebutkan nama perawat, jelaskan tujuan interaksi, ciptakan lingkungan yang tenang, buat kontrak yang jelas (topik yang dibicarakan, waktu dan tempat), beri perhatian pada klien. lakukan intervensi selanjutnya : klien dapat membina hubungan saling percaya, klien mampu/berorientasi terhadap waktu, orang dan tempat, klien mampu melakukan aktifitas sehari-hari secara optimal, keluarga mampu mengorientasikan pasien terhadap waktu, orang dan tempat.

Menurut WHO (2013), menetapkan hubungan terapeutik, kontak sering dan singkat secara bertahap, peduli, empati, jujur, menepati janji, dan memenuhi kebutuhan dasar klien. pada umumnya melindungi dari perilaku yang membahayakan, melibatkan klien dan keluarga dalam perencanaan asuhan keperawatan dan mempertahankan perilaku keselarasan verbal dan nonverbal.

Menurut peneliti semua di rencanakan sesuai dengan teori, dalam perencanaan ditetapkan prioritas masalah, tujuan, kriteria hasil dan evaluasi, tujuan yang ditetapkan mengacu pada SOAP (subjektif, objektif, assesment, planing) dan kriteria sesuai dengan kondisi klien.

Implementasi Keperawatan : Implementasi dilakukan setelah perencanaan dirancang dengan baik. tindakan keperawatan dilakukan tanggal 27-30 Mei 2019, dilakukan implementasi pada diagnosa keperawatan kerusakan memori berdasarkan tujuan khusus yang di buat. Pada kasus nyata terdapat 4 strategi pelaksanaan yang harus di capai pada pasien Ny M.N yaitu membina hubungan saling percaya dengan pasien, pasien mampu mengenal/berorientasi terhadap waktu, orang dan tempat, pasien mampu melakukan aktifitas sehari-hari, dan keluarga mampu mengenal/mengorientasikan pasien terhadap waktu, orang dan tempat.

Tetapi pada pelaksanaan yang di capai hanya 3 strategi pelaksanaan dikarenakan waktu yang tidak cukup dalam melaksanakan tindakan keperawatan yang telah di rancang

Menurut Rohmah (2012), tindakan keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada tahap ini, perawat yang akan memberikan perawatan kepada pasien dan sebaiknya tidak bekerja sendiri tetapi juga melibatkan tenaga medis yang lain untuk memenuhi kebutuhan pasien.

Berdasarkan teori di atas dan hasil implementasi pada kasus nyata didapatkan tidak adanya kesenjangan antara teori dan kasus dimana semua implementasi dilakukan berdasarkan aktifitas-aktifitas yang berada pada intervensi keperawatan.

Evaluasi Keperawatan : Tahap evaluasi merupakan tahap akhir dari proses yang digunakan untuk menilai keberhasilan asuhan keperawatan atas tindakan yang diberikan. Mahasiswa melakukan evaluasi pada setiap tindakan berdasarkan diagnosa yang telah ditetapkan dengan menggunakan metode SOAP.

Evaluasi keperawatan kerusakan memori pada Ny M.N dilakukan selama 4 hari, tindakan keperawatan mendapatkan hasil positif melalui teknik SOAP. Klien sudah mampu menyebutkan nama anggota keluarganya, aktifitas yang masih bisa dilakukan klien walaupun masih dengan bantuan orang lain, klien mampu mencapai sampai SP1-SP3 dengan baik.

Tahap evaluasi keperawatan menggunakan metode SOAP dimana S: data subjektif, O: data objektif, A: analisis masalah dan P: *planning*. Metode ini digunakan untuk membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriterial hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Nikmatur, 2012).

Berdasarkan teori diatas dan hasil evaluasi keperawatan pada kasus nyata didapatkan data tidak adanya kesenjangan antara teori dan kasus, dimana masalah keperawatan kerusakan memori belum teratasi sepenuhnya, dikarenakan perubahan keadaan pasien setelah dilakukan tindakan

keperawatan masih dalam keadaan belum optimal, sehingga pencapaian tujuan dan kriteria hasil dari diagnosa keperawatan tersebut belum tercapai. Penggunaan evaluasi menggunakan SOAP ini juga bertujuan untuk mengetahui perubahan yang terjadi pada pasien setelah diberikan perawatan dengan mendapatkan data subjektif dan data objektif sehingga dapat menentukan apakah masalah tersebut sudah teratasi atau belum. Jika masalah keperawatan sudah teratasi maka hentikan intervensi keperawatan, sedangkan jika masalah keperawatan belum teratasi maka intervensi harus dilanjutkan untuk menyelesaikan masalah keperawatan (Rohmah, 2012).

3.2. Keterbatasan Studi Kasus

Dalam melakukan penelitian studi kasus asuhan keperawatan pada pasien kerusakan memori ini terdapat keterbatasan yaitu pada orang dan waktunya, orang dalam hal ini pasien yang hanya berfokus pada satu pasien saja membuat peneliti tidak dapat melakukan perbandingan mengenai masalah-masalah yang mungkin didapatkan dari pasien lainnya. Dan pada waktu yang hanya ditentukan 4 hari membuat peneliti tidak dapat mengikuti perkembangan selanjutnya dari pasien sehingga tidak dapat di evaluasi secara maksimal sesuai dengan harapan pasien dan peneliti. Sedangkan keterbatasan peneliti dalam *Home Care* adalah sarana dan prasarana yang dimiliki kurang memadai, misalnya : alat transportasi, sehingga dalam pelaksanaannya kurang lancar dan jangkauan pelayanan terbatas, kualitas sumber daya manusia (SDM) yang ada belum semuanya memiliki kemampuan secara baik/tidak kompeten dalam melaksanakan Home Care. Disamping itu juga, ketidakmampuan peneliti dalam mengidentifikasi dan menganalisis masalah masih sangat kurang sehingga permasalahan yang dihadapi belum semuanya dapat terungkap, terbatasnya tenaga kesehatan, hambatan yang datang dari pasien dan keluarga, letak geografis yang jauh dapat mempengaruhi efektivitas pelayanan dan biaya yang diperlukan

BAB IV

PENUTUP

4.1. Simpulan

Orang dengan gangguan jiwa tidak selamanya mendapatkan perawatan di Rumah Sakit tetapi bisa juga mendapatkan pelayanan di rumah (Home Care). *Home Care* atau perawatan kesehatan di rumah merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada individu dan keluarga di tempat tinggal mereka. Tujuan dari pelayanan Home Care adalah untuk meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan komplikasi akibat dari penyakit serta memenuhi kebutuhan dasar pasien dan keluarga.

Pengkajian yang dilakukan dengan kunjungan rumah pada pasien dengan ODGJ didapatkan hasil keluhan utama keluarga mengatakan bahwa pasien sering lupa tempat dan orang yang disekitar pasien, bahkan orang terdekat pasien pun pasien sering lupa dan bila bepergian keluar rumah pasien tidak tahu jalan untuk kembali pulang. Pengkajian asuhan keperawatan ODGJ secara teori Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus yaitu: menurun daya ingat sebagai *Causa*, kerusakan memori sebagai *Core problem*, dan gangguan persepsi pikir : halusinasi pendengaran sebagai *Affect*. Dalam diagnosa keperawatan jiwa hanya ada satu diagnosa keperawatan yang bisa diambil sebagai diagnosa prioritas yaitu kerusakan memori.

Intervensi keperawatan yang diambil berdasarkan tujuan umum, tujuan khusus yaitu membina hubungan saling percaya dengan pasien, pasien mampu mengenal/berorientasi terhadap orang, waktu dan tempat, pasien mampu melakukan aktifitas sehari-hari dan kriteria hasil yaitu pada diagnose keperawatan kerusakan memori

Semua implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan aktifitas-aktifitas yang berada pada intervensi keperawatan yang disusun. mulai dari

membina hubungan saling percaya dengan pasien, pasien mampu mengenal/berorientasi terhadap orang, waktu dan tempat.

Jadi kesimpulan hasil evaluasi keperawatan pada kasus nyata didapatkan tidak adanya kesenjangan antara teori dan kasus dimana masalah keperawatan kerusakan memori teratasi sebagian, ini dikarenakan perubahan keadaan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan masih dalam keadaan belum optimal, sehingga pencapaian tujuan dari diagnosa tersebut belum teratasi sepenuhnya

4.2. Saran

4.2.1 Saran teoritis

Diharapkan dengan adanya karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan referensi untuk pengembangan selanjutnya yang lebih luas pada ilmu ilmu keperawatan jiwa, khususnya asuhan keperawatan pada pasien dengan kerusakan memori akibat demensia pre senilis.

4.2.2. Saran praktis

1. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan dengan adanya karya tulis ilmiah ini, dapat meningkatkan kualitas pembelajaran bagi mahasiswa/i di kampus Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Prodi D-III Keperawatan Kupang, khususnya pada keperawatan jiwa terutama pada pembelajaran tentang asuhan keperawatan kerusakan memori

2. Bagi pasien dan keluarga

Diharapkan kepada pasien setelah mendapat penanganan atau terapi dari Rumah Sakit tetap menjalani pengobatan atau pengontrolan sampai tuntas atau sembuh, sedangkan bagi keluarga harus lebih memperhatikan setiap perubahan yang dialami pasien dan tetap menjadi motivator bagi pasien dalam menjalani pengobatan.

3. Bagi Rumah sakit jiwa naimata

Diharapkan rumah sakit dapat memberikan penanganan kesehatan jiwa yang lebih tepat kepada pasien-pasien yang mengalami gangguan jiwa dan bukan saja di rumah sakit tetapi harus memberikan pelayanan pengobatan di rumah (Home Care).

4. Bagi penulis

Diharapkan lebih mendalami tentang masalah kesehatan jiwa khususnya kerusakan memori

DAFTAR PUSTAKA

- Asosiasi Alzheimer Indonesia. (2003). *Konsensus Nasional, Pengenalan Dan Penatalaksanaan Demensia Alzheimer Dan Demensia Lainnya, Edisi 1*. Jakarta
- Budi Anna Keliat, (2005), *Proses Keperawatan Jiwa*, Edisi Dua, Jakarta, EGC
- Elisabeth J. Corwin. (2009). *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta, EGC
- Kemendes RI, 2010, *Riset Kesehatan Dasar*, RISKESDAS. Jakarta : Balitbang Kemendes RI
- Kementerian Kesehatan RI, 2014. UU Nomor 18 Tahun 2014 *tentang Kesehatan jiwa*. Jakarta : 2014
- Nurati. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA NOC-NIC*. Yogyakarta: Mediacore Jogja.
- Ongg, dkk. (2015). *Diagnosa Dini Dan Penatalaksanaan Demensia*. Jakarta : EGC
- Rohmah. (2012). *Proses Keperawatan Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: AR-RUZZ MEDIA.
- Stanley dan Beare. (2007). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Jakarta : EGC
- Stuart & Sundeen, (2007). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC
- Videbeck, Sheila L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC
- Walter A. Brown M. (2015). *Diagnosis Demensia*. Jakarta : PT Bina Pustaka
- Yosep, Iyus, (2010), *Keperawatan Jiwa*. Refika Aditama, Bandung

Lampiran 1



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**



Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;

Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com

PENGKAJIAN KEPERAWATAN JIWA

Ruang rawat : Rawat jalan

Tanggal dirawat : 13 Mei 2019

Tanggal Pengkajian : 25 Mei 2019

I. IDENTITAS KLIEN

Nama Initial : Ny M.N

No. RM : 0029

Umur : 61 tahun (demensia pre senilis)

Status : Menikah

Jenis Kelamin : Perempuan

Pendidikan : SMP

Pekerjaan : Petani

II. ALASAN MASUK

d. Keluhan Utama Saat MRS:

Keluarga mengatakan pasien dibawah ke rumah sakit Jiwa karena suka keluar dari rumah dan suka memungut sampah di jalan dan pasien sering lupa tempat sehingga tidak tahu jalan pulang ke rumah kembali

e. Keluhan Utama Saat Pengkajian:

Keluarga mengatakan pasien sering lupa dengan orang-orang yang ada di sekitar pasien, bahkan orang terdekat dengan pasien pun pasien sering lupa

f. Riwayat Penyakit :

Keluarga mengatakan pasien tidak pernah mengalami penyakit yang sama

FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu ?

- ☐ Ya
- ☐ **Tidak**

Jelaskan : Keluarga mengatakan pasien tidak pernah mengalami gangguan jiwa

2. Pengobatan sebelumnya

- ☐ Berhasil
- ☐ Kurang berhasil
- ☐ Tidak berhasil

Jelaskan : Tidak ada

3. Trauma	usia	pelaku	korban	saksi
<input type="checkbox"/> Aniaya fisik	.....	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Aniaya seksual	.....	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Penolakan	.....	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Kekerasan dalam keluarga	.....	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Tindakan kriminal	.....	.....	.....	.....

Jelaskan : Pasien mengatakan tidak pernah mengalami aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, kekerasan dalam keluarga dan tindakan criminal sebelumnya sampai sekarang

4. Anggota keluarga yang gangguan jiwa ?

- ☐ Ada
- ☐ **Tidak**

Jelaskan : keluarga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan :

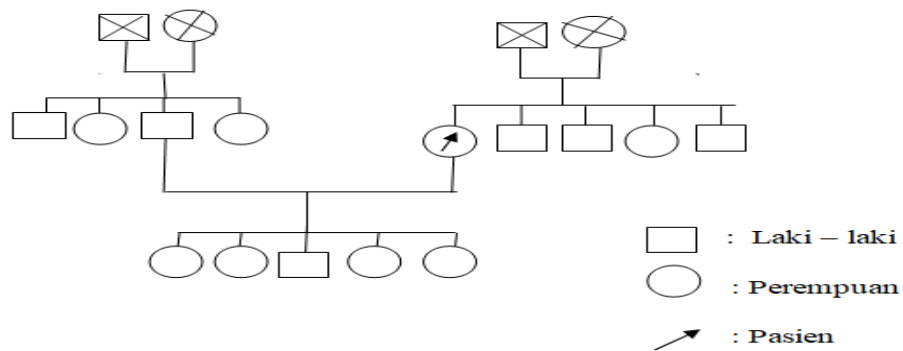
Pasien mengatakan tidak ada pengalaman yang tidak menyenangkan

I. PEMERIKSAAN FISIK

1. TTV : TD : 120/80 mmHg, N : 89x/mnt, S :36,5°C, P : 21x/mnt
2. Ukur : BB : 46 kg, TB : 149cm
3. Keluhan fisik
Pasien mengatakan tidak ada

I. PSIKOSOSIAL

1. Genogram :



Jelaskan : Pasien memiliki 5 orang anak, dan saat ini pasien tinggal bersama dengan anak perempuannya yang kedua

2. Konsep diri

a. Citra tubuh :

pasien mengatakan bahwa dia menyukai semua anggota tubuhnya

b. Identitas :

pasien mengetahui dirinya seorang perempuan

c. Peran :

pasien mengatakan mampu melakukan peran sebagai ibu rumah tangga

d. Ideal diri :

pasien mengatakan dulunya iya ingin sekali untuk melanjutkan

sekolahnya ke SMA tetapi karena ekonomi yang tidak cukup sehingga

pasien tidak melanjutkannya

e. Harga diri :

pasien mengatakan merasa dirinya di hargai oleh suami, keluarga, anak

anak dan lingkungan di sekitarnya

3. Hubungan sosial

- Orang yang berarti : pasien mengatakan orang yang berarti untuk pasien adalah suami, keluarga dan anak-anak
- Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat : tidak ada
- Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : pasien sering lupa dengan orang lain

4. Spiritual

- Nilai dan keyakinan : pasien beragama katolik
- Kegiatan ibadah : pasien mengatakan sering beribadah tetapi hanya saat hari minggu saja

II. STATUS MENTAL

1. Penampilan

- ☐ Tidak rapi
- ☐ Penggunaan pakaian tidak sesuai
- ☐ Cara berpakaian tidak seperti biasanya

Jelaskan : Pasien tampak rapi, cara berpakaian pasien sesuai dan tidak terbalik

2. Pembicaraan

- ☐ Cepat
- ☐ Keras
- ☐ Gagap
- ☐ Inkoherensi
- ☐ **Lambat**
- ☐ Membisu
- ☐ Tidak mampu memulai pembicaraan

Jelaskan : dalam berbicara pasien sangat lambat

3. Aktivitas Motorik

- ☐ Lesu
- ☐ Tegang
- ☐ Gelisah
- ☐ **Agitasi**
- ☐ Tik
- ☐ Grimasem
- ☐ Tremor
- ☐ Kompulsif

Jelaskan : pasien tampak Gelisah, tidak tenang

4. Alam perasaan

- ☐ **Sedih**
- ☐ Ketakutan
- ☐ Putus asa
- ☐ Kuatir
- ☐ Gembira berlebihan

Jelaskan : saat wawancara pasien terlihat tampak sedih

5. Afek

- ☐ Datar
- ☐ **Tumpul**
- ☐ Labil
- ☐ Tidak sesuai

Jelaskan : pasien hanya diam dan tidak berespon sama sekali jika ada sesuatu yang lucu

6. Interaksi selama wawancara

- ☐ Bermusuhan
- ☐ Tidak kooperatif
- ☐ Mudah tersinggung
- ☐ **Kontak mata kurang**

- ☐ Defensive

- ☐ Curiga

Jelaskan : saat berkomunikasi kontak mata pasien kurang dengan perawat

7. Persepsi

Halusinasi :

- ☐ **Pendengaran**

- ☐ Penglihatan

- ☐ Perabaan

- ☐ Pengecapan

- ☐ Penghidu

Jelaskan : pasien mengatakan sering mendengar suara-suara bising di telinganya suara itu sering muncul saat pasien sedang sendiri dan frekuensi 2-3x sehari tetapi suaranya tidak jelas

8. Isi pikir

- Obsesi

- Phobia

- Hipokondria

- **Depersonalisasi**

- Ide yang terkait

- Pikiran magis

Jelaskan : Pasien merasa asing dengan orang lain akibat dari sering Lupa

9. Arus pikir

- ☐ **Sirkumstansial**

- ☐ Tangensial

- ☐ Kehilangan asosiasi

- ☐ Flight of idea

- ☐ Blocking

- Pengulangan pembicaraan/perseverasi

Jelaskan : saat wawancara pasien berbicara sangat lama tetapi sampai pada tujuan

10. Tingkat Kesadaran

- **Bingung**
- Sedasi
- Stupor
- Disorientasi waktu
- Disorientasi orang
- Disorientasi tempat

Jelaskan : pasien tampak bingung jika di tanya sesuatu

11. Memori

- Gangguan daya ingat jangka panjang
- Gangguan daya ingat jangka pendek
- **Gangguan daya ingat saat ini**
- Konfabulasi

Jelaskan : pasien tidak mampu mengingat kejadian yang baru saja terjadi

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

- Mudah beralih
- Tidak mampu berkonsentrasi
- Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan : Tingkat konstarsi pasien kurang saat ditanya, tidak mampu berhitung sederhana : saat di kaji pasien tidak mampu berhitung sederhana ketika disuruh berhitung

13. Kemampuan penilaian

- **Gangguan ringan**
- Gangguan bermakna

Jelaskan : pasien mampu mengambil keputusan dengan bantuan orang lain

14. Daya tilik diri

- ☐ **Mengingkari penyakit yang diderita**
- ☐ Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan : pasien tidak menyadari gejala/penyakit yang dideritanya.

III. KEBUTUHAN PERENCANAAN PULANG

1. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan

	Ya	Tidak
• Makanan
• Keamanan
• Perawatan kesehatan
• Pakaian
• Transportasi
• Tempat tinggal
• Uang

Jelaskan : Pasien mampu memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti :,
makan, keamanan diri, pakayaian, tempat tinggal

2. Kegiatan hidup sehari-hari

a. Perawatan diri	BT	BM
• Mandi	.....	.....
• Kebersihan	.....	.....
• Makan	.....	.....
• BAB / BAK	.....	.....
• Ganti pakaian	.....	.....

Jelaskan : Pasien mampu memehuni kegiatan sehari-hari seperti : mandi, kebersihan diri, makan, BAB/BAK, ganti pakayaan

b. Nutrisi

Apakah anda puas dengan pola makan anda ?

- **Ya**
- Tidak

Apakah anda memisahkan diri ?

- Ya, jelaskan :
- **Tidak**

Frekuensi makan sehari: 3x sehari

Frekuensi kudapan sehari : 2x sehari

Nafsu makan :

- **Meningkat**
- Menurun
- Berlebihan
- Sedikit – sedikit

Berat Badan :

- **Meningkat**
- Menurun

BB terendah : 44 kg, BB tertinggi : 46 kg

Jelaskan : pasien mengalami peningkatan berat badan

b. Tidur

Apakah ada masalah tidur ?

Ya

Tidak

Jelaskan : pasien mengalami masalah dalam tidur dimana pasien sering terbangun di malam hari

c. Apakah merasa segar setelah bangun tidur ?

Ya

Tidak

d. Apakah ada kebiasaan tidur siang ?

Ya

Tidak

Lama tidur siang : 2 jam

Tidur malam jam : 20:00 dan bangun jam 04:00

e. apakah ada gangguan tidur ?

- Sulit untuk tidur
- Bangun terlalu pagi
- somnambulisme
- **terbangun saat tidur**
- gelisah saat tidur
- Berbicara saat tidur

Jelaskan : Pasien sering terbangun saat tidur malam

Kemampuan klien dalam mengantisipasi kebutuhan sendiri

- Ya
- Tidak

f. Membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri

- **Ya**

- Tidak
- g. Mengatur penggunaan obat
 - **Ya**
 - Tidak
- h. Melakukan pemeriksaan kesehatan
 - **Ya**
 - Tidak

Jelaskan : Pasien selalu memeriksakan diri di Rumah sakit jiwa naimata

- i. Klien memiliki sistem pendukung

Keluarga :	Ya :.....	Tidak :.....
Terapis :	Ya :	Tidak :.....
Teman sejawat :	Ya :	Tidak :
Kelompok sosial :	Ya:	Tidak :.....

Jelaskan : Pasien memiliki keluarga dan juga anak-anak yang selalu memberikan motivasi pada pasien untuk cepat sembuh dan selalu membawa klien untuk berobat

IV. ASPEK MEDIS:

Diagnosa medis : demensia pre senilis

Terapi : clobazam 2xsehari

Nopres 2xsehari

V. ANALISA DATA

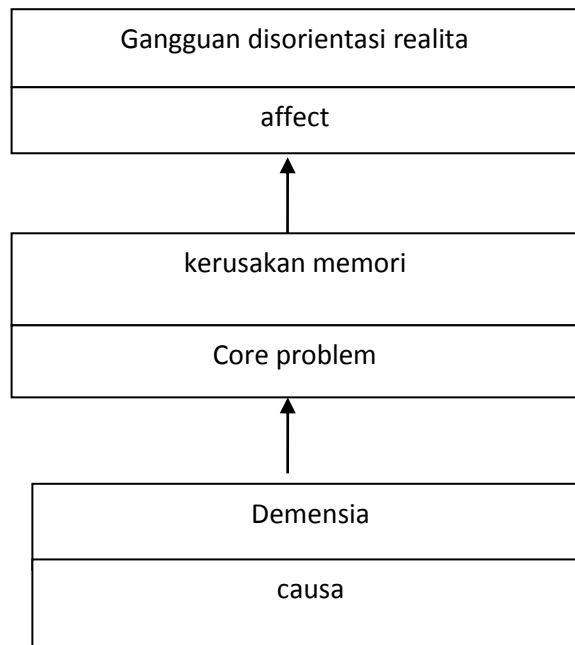
Analisa data di lakukan pada tanggal 25 Mei 2019 di rumah Ny M.N kelurahan Fatululi, Kecamatan Oebobo. Analisa data di dapatkan berdasarkan data subjektif (dari pasien dan keluarga) dan data objektif (dari perawat).

No	Data Subyektif	Data Obyektif	Masalah
1	Keluarga mengatakan pasien sering lupa dengan orang yang disekitar pasien, bahkan orang terdekat pasien pun pasien sering lupa dan bila bepergian keluar rumah pasien tidak tahu jalan untuk kembali pulang	Pasien tidak mampu menyebutkan identitasnya dengan jelas, kontak mata pasien kurang, pasien tampak gelisah	Kerusakan Memori
2	Pasien mengatakan sering mendengar suara bising di telinganya tetapi suaranya tidak terlalu jelas, suaranya muncul pada saat pasien sedang sendiri dan frekuensinya 2-3xsehari	Kontak mata pasien kurang, sering tertawa sendiri, sering bicara sendiri	Gangguan persepsi sensori : Halusinasi

VI. RUMUSAN MASALAH

- a. Kerusakan memori
- b. Gangguan persepsi sensori : Halusinasi

VII. POHON MASALAH



VIII. DIAGNOSA KEPERAWATA

Diagnosa keperawatan pada Ny M.N di tetapkan pada tanggal 27 Mei 2019

- kerusakan memori

IX. INTERVENSI KEPERAWATAN

Intervensi keperawatan pada Ny M.N di tetapkan pada tanggal 27 Mei 2019

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Intervensi
		Tujuan	Kriteria Hasil	
1	Kerusakan Memori	<p>TUM: Setelah dilakukan perawatan klien tidak mengalami gangguan proses pikir : kerusakan memori</p> <p>TUK : 5. Klien dapat membina hubungan saling percaya</p>	<p>1. Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang di hadapi</p>	<p>1. Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik :</p> <p>h. Sapa klien dengan ramah, baik verbal maupun non verbal</p> <p>i. Perkenalkan diri dengan sopan</p> <p>j. Tanyakan nama lengkap klien & nama panggilan yang disukai klien</p> <p>k. Jelaskan tujuan pertemuan</p> <p>l. Jujur dan menepati janji</p> <p>m. Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya</p> <p>n. Beri perhatian pada klien dan perhatian kebutuhan dasar pasien</p>
		6. Pasien mampu mengenal/be rorientasi terhadap waktu, orang dan tempat	Pasien mampu mneyebutkan identitasnya dengan benar, mampu mengenal orang-orang terdekat klien	<p>6. Beri kesempatan bagi pasien untuk mengenal barang milik pribadinya mislanya : tempat tidur, lemari, pakayaian,</p> <p>7. Beri kesempatan kepada pasien untuk mengenal waktu dengan menggunakan</p>

				<p>jam besar, kalender yang mempunyai lembar perhari dengan tulisan besar</p> <p>8. Beri kesempatan kepada pasien untuk menyebutkan namanya dan anggota keluarga terdekat</p> <p>9. Beri kesempatan kepada klien untuk mengenal dimana ia berada</p> <p>10. Berikan pujian jika pasien dapat menjawab dengan benar</p>
		3.Pasien mampu melakukan aktifitas sehari-hari secara optimal		<p>7. Observasi kemampuan pasien untuk melakukan aktifitas sehari-hari</p> <p>8. Beri kesempatan pada pasien untuk memilih aktifitas yang dapat dilakukannya</p> <p>9. Bantu pasien untuk melakukan kegiatan yang telah di pilihnya</p> <p>10. Beri pujian jika pasien dapat melakukan kegiatannya</p> <p>11. Tanyakan perasaan pasien jika mampu melakukan kegiatannya</p> <p>12. Bersama pasien membuat jadwal kegiatan sehari-harinya</p>
		4.Keluarga mampu mengorientasi		<p>7. Keluarga mampu mengorientasikan pasien terhadap waktu, orang dan</p>

		kan pasien terhadap waktu, orang dan tempat		<p>tempat</p> <p>8. Diskusikan dengan keluarga cara-cara mengorientasikan waktu, orang dan tempat pada pasien</p> <p>9. Anjurkan keluarga untuk menyediakan jam besar, kalender dengan tulisan besar</p> <p>10. Anjurkan keluarga untuk memberikan pujian terhadap kemampuan yang masih dimiliki oleh pasien</p> <p>11. Anjurkan keluarga untuk memantau kegiatan sehari-hari pasien sesuai dengan jadwal yang telah dibuat</p> <p>12. Anjurkan keluarga memberikan pujian jika pasien melakukan kegiatan sesuai dengan jadwal kegiatan yang sudah dibuat</p>
--	--	---	--	---

X. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI
<p>Hari/tanggal: Senin, 27 Mei 2019</p> <p>TUK 1 Bina Hubungan Saling Percaya (BHSP)</p> <p>Data-data</p> <p>DS : keluarga mengatakan pasien sering lupa dengan orang yang disekitar pasien, bahkan orang terdekat dengan pasien pun pasien sering lupa, dan dan bila bepergian keluar rumah pasien tidak tahu jalan untuk kembali pulang</p> <p>DO : tidak mampu menyebutkan identitasnya dengan jelas, kontak mata pasien kurang, pasien tampak gelisah</p> <p>Diagnosa Keperawatan:</p> <p>kerusakan memori</p> <p>Tindakan: SP1</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Bina hubungan saling percaya dengan pasien 8. Menyapa pasien dengan ramah 9. Memperkenalkan diri dengan sopan 10. Menanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai pasien 11. Menjelaskan tujuan pertemuan 12. Menunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya <p>Rencana Tindak Lanjut</p>	<p>S : Pasien mengatakan : “selamat sore juga, nama lengkap saya Ny Magdalena”</p> <p>O: Pasien mampu menjawab sapaan, pasien mampu menyebutkan nama lengkap dan nama panggilan dan kontak mata (-)</p> <p>A : SP1 Berhasil</p> <p>P : Lanjutkan SP2</p>

<p>Pasien mampu mengenal orang, waktu dan tempat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Beri kesempatan bagi pasien untuk mengenal barang milik pribadinya 6. Beri kesempatan kepada pasien untuk mengenal waktu dengan menggunakan jam besar, kalender yang mempunyai lembar perhari dengan tulisan besar 7. Beri kesempatan kepada pasien untuk menyebutkan namanya dan anggota keluarga terdekat 8. Beri kesempatan kepada klien untuk mengenal dimana ia berada 	
<p>Hari / tanggal : 28 Mei 2019</p> <p>TUK 2 (mengenal waktu, orang dan tempat)</p> <p>Data- data</p> <p>DS : Keluarga mengatakan pasien masih belum bisa mengingat, keluarga mengatakan pasien hanya bisa mengingat bila ada keluarga yang mengatakan seperti nama anggota keluarganya setelah itu pasien bisa mengulang kembali tetapi setelah berapa menit kembali pasien tidak mengingatnya lagi</p> <p>DO : Pasien tampak terlihat bingung, kontak mata kurang, tidak mampu menjawab pertanyaan</p> <p>Diagnosa Keperawatan</p> <p>kerusakan memori</p> <p>Tindakan Keperawatan : SP2</p>	<p>S : Pasien mengatakan hanya mengingat barang miliknya saja seperti pakayaian, sendal</p> <p>O : pasien tampak bingung, pasien hanya mampu menyebutkan bahwa ia tinggal dirumah, tidak bisa menyebutkan jam, hari dan tanggal, tidak bisa menyebutkan nama anggota keluarganya</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan SP2 dan SP3</p>

<ol style="list-style-type: none"> 5. Menyuruh pasien untuk menyebutkan barang miliknya 6. Menyuruh pasien untuk menyebutkan jam, hari, tanggal 7. Menyuruh pasien untuk menyebutkan nama anggota keluarganya 8. Menyuruh klien untuk menyebutkan dimana ia berada 	<p>SP2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menyuruh pasien untuk menyebutkan jam, hari, tanggal • Menyuruh pasien untuk menyebutkan nama anggota keluarganya
<p>Rencana Tindak Lanjut</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Menyuruh pasien untuk menyebutkan jam, hari, tanggal 7. Menyuruh pasien untuk menyebutkan nama anggota keluarganya 8. Mengkaji kemampuan pasien dalam melakukan aktifitas sehari-hari 9. Menyuruh pasien untuk memilih aktifitas yang dapat dilakukannya 10. Bersama pasien untuk membuat jadwal kegiatan sehari-hari <p>Hari/tanggal : 29 Mei 2019</p> <p>TUK 3 (mampu melakukan aktifitas secara optimal)</p> <p>Data- Data</p> <p>DS : keluarga mengatakan pasien mampu menyebutkan barang miliknya seperti baju, celana,</p>	<p>S : keluarga mengatakan pasien bisa menyebutkan jam, hari dan tanggal dan nama anggota keluarganya tetapi dengan bantuan orang lain, pasien mengatakan aktifitas setiap hari yang dilakukan adalah</p>

<p>kain, sendal,</p> <p>DO : pasien masih terlihat tampak bingung, pasien masih bisa mengingat dimana ia berada</p> <p>Diagnosa Keperawatan</p> <p>kerusakan memori</p> <p>Tindakan Keperawatan : SP2 dan SP3</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Menyuruh pasien untuk menyebutkan jam, hari, tanggal 7. Menyuruh pasien untuk menyebutkan nama anggota keluarganya 8. Mengkaji kemampuan pasien dalam melakukan aktifitas sehari-hari 9. Menyuruh pasien untuk memilih aktifitas yang dapat dilakukannya 10. Bersama pasien untuk membuat jadwal kegiatan sehari-hari <p>Hari/tanggal : 30 Mei 2019</p> <p>Data- data</p> <p>DS : keluarga mengatakan pasien bisa melakukan aktifitas sehari-harinya seperti : sapu rumah, cuci piring, makan, mandi</p> <p>DO :</p> <p>Diagnosa Keperawatan</p> <p>kerusakan memori</p> <p>Tindakan keperawatan</p>	<p>sapu rumah, cuci piring, nonton tv, makan sendiri, mandi</p> <p>O : pasien mampu menyebutkan jam, hari, tanggal walaupun dengan bantuan orang lain, pasien mampu menyebutkan akitiftas yang biasa dilakukan,</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : tetap lanjutkan SP2 dan SP3</p> <p>S : keluarga mengatakan pasien mampu melakukan aktifitas sehari - harinya dengan bantuan orang lain</p> <p>O :</p> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : tetap lanjutkan SP2 dan SP3</p>
---	---

6. Melatih pasien untuk menyebutkan jam, hari, tanggal 7. Melatih pasien untuk menyebutkan nama anggota keluarganya 8. Menyuruh pasien untuk memilih aktifitas yang dapat dilakukannya 9. Motivasi pasien dalam melakukan aktifitas sehari-hari 10. Bersama pasien untuk membuat jadwal kegiatan sehari-hari	
--	--

Lampiran 2 foto hasil wawancara



Lampiran 3: Bukti Proses Bimbingan



KEMENKES RI

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PRODI D-III KEPERAWATAN




Direktorat : Jln. El Tari II Liliba-Kupang, Telp (0380) 881880; 880880
Fax (0380) 85534188; email: politekkeskupang@yahoo.com



PROSES BIMBINGAN LAPORAN STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : Anita Tiauw
NIM : PO.530320116287
Nama Pembimbing : Dr. Sabina Gero, Skp., MSc
NIP : 195608291985022001
Judul Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Ny. M.N Dengan Kerusakan Memori Akibat Demensia Pre Senilis Di Kelurahan Fatululi, Kecamatan Oebobo

NO	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Rabu, 22 Mei 2019	1. Konsul judul karya tulis ilmiah	
2.	Rabu, 29 Mei 2019	1. Konsultasi Bab 1 - 3	
3.	Senin, 3 Juni 2019	1. Konsultasi revisi Bab 1-3 & 4	
4.	Rabu, 5 Juni 2019	1. Konsultasi revisi 1-4 dan daftar pustaka	
5.	Senin, 10 Juni 2019	1. ACC ujian sidang	

6.	Selasa, 18 Juni 2019	1. Konsultasi revisi hasil ujian Bab 1, 3 & 4 2. Konsultasi cara penulisan Karya Tulis Ilmiah 3. Konsultasi revisi cover 4. Konsultasi daftar pustaka	
5.	Kamis, 20 Juni 2019	1. Konsultasi revisi cover 2. Konsultasi revisi Bab 3 & 4 3. Konsultasi revisi daftar pustaka	
7.	Jumat, 21 Juni 2019	ACC Karya Tulis Ilmiah	

Mengetahui,
Ketua Program Studi D-III Keperawatan

Margaretha Teli, S.Kep.Ns.,MSc-PH
NIP. 19770727200032002